Frédéric III

RAPPORTS OFFICIELS
DES MÉDECINS ALLEMANDS

TRADUITS

PAR LE Dr LUC
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

AVEC UNE PRÉFACE

Seule traduction intégrale autorisée



PARIS
W. HINRICHSEN, ÉDITEUR
22, RUE JACOB, 22

1888

hommage respectueux
Luc

LA MALADIE

DE

L'EMPEREUR FRÉDÉRIC III

ÉMILE COLIN — IMPRIMERIE DE LAGNY

LA MALADIE

DE

L'EMPEREUR FRÉDÉRIC III

EXPOSÉE D'APRÈS

LES DOCUMENTS OFFICIELS

ET

LES RAPPORTS DÉPOSÉS AU MINISTÈRE PRIVÉ
DE LA MAISON ROYALE

PAR

Le Professeur **BARDELEBEN**, de Berlin; **DE BERGMANN**, de Berlin; le Dr **BRAMANN**, de Berlin; le Professeur **GERHARDT**, de Berlin; le Professeur **KUSSMAUL**, de Strasbourg; le Dr **LANDGRAF**, de Berlin; le Dr **MORITZ-SCHMIDT**, de Francfort; le Professeur **SCHRŒTTER**, de Vienne; le Professeur **TOBOLD**, de Berlin; et le Professeur **WALDEYER**, de Berlin.

TRADUIT DE L'ALLEMAND

(Autorisation unique)

Par le Dr LUC, de Paris

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX



PARIS
W. HINRICHSEN, ÉDITEUR
22, RUE JACOB, 22
1888

AVANT-PROPOS

La lecture du rapport *officiel*, dont nous offrons ici une traduction française, ayant notablement modifié l'opinion que nous nous étions faite de la maladie de l'Empereur Frédéric et du rôle joué, dans cette circonstance, par les différents médecins appelés auprès de lui, nous avons cru servir la cause de la vérité et contribuer à désabuser plus d'un esprit français, en livrant à la connaissance de nos compatriotes les faits si précis et si probants contenus dans ce rapport. Comme le disent les auteurs de ce document, à la fin de leur tra-

vail : *Tout commentaire est superflu.* Aussi notre intention n'est-elle pas de faire connaître ici nos impressions personnelles. Nous voulons seulement recommander au lecteur de ne pas perdre de vue, un seul instant, au cours de la lecture de ce livre, que le choix de M. Morell Mackenzie, comme médecin consultant auprès du malade, n'a pas été imposé aux médecins allemands, mais qu'il a été tout au contraire le résultat de leur vote unanime. Ceci posé, le lecteur jugera jusqu'à quel point M. Morell Mackenzie a justifié la confiance de ses collègues d'Allemagne.

LA MALADIE

DE

L'EMPEREUR FRÉDÉRIC III

RAPPORT DU DOCTEUR GERHARDT

DÉBUT DE LA MALADIE

Depuis janvier 1887, Son Altesse Impériale et Royale le prince impérial d'Allemagne et de Prusse avait été atteint d'un enrouement persistant qui avait fait des progrès lents et continus. Comme explication de cette persistance, on pourrait invoquer ce fait que Son Altesse Impériale avait été obligée de parler beaucoup et n'avait pas évité le refroidissement autant qu'il était à désirer. Le mal semble avoir débuté avec les apparences d'un rhume et fut en effet considéré tout d'abord comme une laryngite catarrhale.

Pourtant la toux avait fait défaut pendant les premiers mois, ainsi que les autres manifestations catarrhales ; il existait simplement un enrouement sec, et les inhalations et autres moyens habituellement efficaces contre les catarrhes étaient demeurés complètement sans effet.

Le 6 mai 1887, à la demande et en présence du docteur Wegner, je pratiquai l'examen du larynx, à l'aide du miroir. Les cordes vocales présentaient une légère rougeur uniforme. Pendant la respiration on voyait, sur le bord de la corde gauche, entre l'apophyse vocale et le milieu de la corde, mais plus près du premier point, une saillie pâle, semblable à une languette ou un lobule (zungen-oder lappenartige) et de configuration assez inégale. Sa longueur mesurait environ quatre millimètres et la hauteur deux millimètres. Pendant la phonation, les cordes vocales se mettaient étroitement en contact, mais on voyait à la place indiquée un nodule oblong, peu élevé, d'un rouge pâle, faire saillie dans la fente glottique.

Pendant la respiration, les cordes vocales,

libres dans leurs mouvements, s'éloignaient l'une de l'autre et la saillie rosée sus-mentionnée reprenait ses dimensions premières, participant aux mouvements de la corde correspondante qui n'étaient en aucune façon compromis.

La raucité de la voix provenait de l'interposition de ce néoplasme, entre les cordes vocales, pendant la phonation d'où résultait un obstacle à leurs vibrations. Le diagnostic posé alors fut : épaississement polypeux du bord de la corde vocale gauche. Le traitement indiqué était l'ablation de cette tumeur. Les jours suivants furent employés à habituer l'illustre malade à l'introduction des sondes et autres instruments. La cocaïne administrée à des doses assez fortes (solutions à 10 et 20 pour cent), dans le but de rendre le larynx insensible au contact des instruments, fut très bien supportée. En revanche, l'étroitesse de l'entrée du larynx, la sensibilité de la langue à la traction et quelques autres circonstances créèrent des difficultés qui ne purent être tournées ou surmontées que progressivement.

Les premières tentatives faites au moyen d'une anse métallique légèrement recourbée à droite pour enserrer la tumeur, en longeant de bas en haut le bord de la corde vocale gauche, aboutirent, une seule fois, à amener un mince feuillet (blaettchen) blanchâtre de la surface du néoplasme, présentant la même consistance dure, déjà constatée avec la sonde. D'autres tentatives ultérieures, faites en vue d'extirper la tumeur avec l'anneau tranchant, échouèrent devant sa surface lisse, sa dureté et sa faible saillie.

On résolut en conséquence d'en opérer la destruction au moyen du galvanocautère.

Auparavant on pratiqua encore un examen du larynx, le 14 dans la matinée, et cette fois à la lumière solaire. On put alors distinguer nettement le bord de la corde d'avec la tumeur et constater qu'il paraissait libre. Par contre, immédiatement au-dessus de ce bord, à l'endroit déjà mentionné, en avant et près de l'apophyse vocale, on voyait partir de la surface interne de la corde une éminence sessile, visible seulement pendant la respiration

et ne manifestant sa présence, pendant la phonation, que par une légère irrégularité de la fente glottique au point correspondant. La couleur en était rosée et sa surface pas tout à fait lisse.

Le 14, au soir, le galvanocautère fut employé pour la première fois. A la suite de l'opération on distingua une petite eschare blanchâtre et une rougeur de toute la corde ; la voix fut améliorée aussitôt, puis reprit quelque temps sa raucité première pour s'améliorer de nouveau définitivement.

Dans la soirée et le lendemain matin, quelques douleurs en avalant.

Le 16, la tumeur fut brûlée dans toute son étendue, mais principalement à sa partie centrale. Cette fois, peu de douleur, nouvelle amélioration de la voix. Le 18, la grosseur se montre notablement diminuée, elle est comme divisée en son milieu par un sillon d'une coloration rouge pâle. Les cordes vocales sont encore bordées d'une légère teinte rouge ; les mouvements de la corde gauche ne sont toujours nullement gênés, la voix est notablement

améliorée. Du 18 au 26, le traitement dut être suspendu, à l'occasion de l'anniversaire de Sa Majesté l'empereur Guillaume.

Le 26, la tumeur se montre blanchâtre, sessile, mesurant à peine un demi centimètre de long; sa surface est lisse. Pendant la phonation, elle s'enclave dans la portion postérieure de la fente glottique. Le 26, le 27, le 29 mars, et à partir de là jusqu'au 7 avril, on poursuivit la destruction du néoplasme avec le galvanocautère ; tout ce qui était saillant fut retranché de la sorte et, le 7, le bord lui-même de la corde vocale fut touché et égalisé avec un cautère plat. Dans les examens du 8 et du 9, pratiqués à la lumière solaire, on constata les détails suivants : rougeur modérée, diffuse de la corde gauche, légère concavité de son bord, correspondant à l'extrémité antérieure de la tumeur, de celle-ci il n'existe plus trace ; on distingue seulement, à sa place, du dessous du bord de la corde, une surface inégale, rougeâtre et granuleuse. L'état général était excellent ; ni toux ni expectorations, voix encore enrouée, pourtant

beaucoup mieux timbrée qu'avant, meilleure le matin que le soir. La douleur en avalant qui, au début, ne s'était montrée qu'exceptionnellement, était devenue persistante dans ces derniers temps ; elle était légère il est vrai et le malade ne s'en plaignait que quand on l'interrogeait à ce sujet, mais pourtant elle constituait, dans l'espèce, un symptôme anormal. L'illustre patient se croyait, quant à lui, à peu près guéri à cette époque.

Déjà, avant le premier examen, le docteur Wegner avait songé à l'opportunité ultérieure d'une cure à Ems, ne fût-ce que pour procurer un repos de quelques semaines à l'organe vocal de l'illustre malade soumis ici à de grandes fatigues, idée que l'on ne pouvait assurément qu'approuver. Plus tard, au commencement d'avril, lorsque Wegner proposa de nouveau ce plan, le jour du départ ayant même été déjà fixé, l'avis prévalut de détruire auparavant la tumeur complètement et aussi rapidement que possible, dans la pensée que le séjour à Ems ne pouvait être que favorable à la cicatrisation de la plaie ainsi produite. Le

départ eut lieu le 13. Dès le 7, la tumeur était détruite et, les jours suivants, la surface de la plaie resta lisse et unie, si même elle ne se recouvrit pas d'un nouvel épithelium. Pour écarter toute cause d'infection, on soumit le malade, au commencement d'avril et plus tard, à Ems, à des inhalations faites avec une solution d'un demi pour cent de sel marin et un demi pour mille de sublimé. Mais le voyage à Ems avait encore un autre but. Dès le commencement d'avril je n'étais pas sans appréhensions relativement à la nature de la tumeur. Malgré ses anomalies de siège et d'aspect, il était indiqué de la considérer d'abord comme étant de bonne nature et de la traiter comme telle. Il fallait l'extirper. Personne en effet ne se serait alors résigné à assister inactif à ses progrès. Il fallait donc l'enlever. Etait-elle de bonne nature, l'illustre malade était guéri; était-elle de mauvaise nature, cette malignité devait ressortir du fait même de la réapparition du néoplasme. Maintenant donc que la tumeur était détruite il était important de savoir si, à la faveur d'un repos complet et dans les excel-

lentes conditions où allait se trouver le malade, la récidive se produirait néanmoins. Telle est la solution que l'on pouvait attendre du voyage à Ems.

LE DIAGNOSTIC « CANCER »

Les tumeurs bénignes des cordes vocales (polypes, fibromes, papillomes), se développent de préférence au niveau du tiers antérieur des cordes vocales. Dans le cas en question, le siège du néoplasme devait donc frapper l'attention. Les papillomes sont encore, parmi les tumeurs bénignes, celles qui occupent le plus fréquemment ce dernier siège. Si donc la tumeur qui nous occupait était de bonne nature, il fallait songer de préférence à un papillome. D'après la classification d'Oertel, elle aurait correspondu à la deuxième forme de ce genre. L'aspect de la tumeur différait cependant de celui qui caractérise d'habitude les papillomes. Elle était trop largement insérée sur la corde vocale, et semblait plutôt un épaississement de

cette corde qu'une excroissance développée sur sa surface interne. Au cours de la cautérisation galvanocaustique elle avait présenté une dureté spéciale, s'était dissociée d'une façon anormale et avait offert d'un jour à l'autre des modifications d'aspect telles que je n'en avais jamais rencontrées sur de nombreuses tumeurs bénignes observées auparavant. Je procédai cependant au traitement avec la conviction que j'étais en face d'un néoplasme de bonne nature. Lorsque j'eus remarqué en revanche que les anses et les couteaux glissaient à sa surface et que l'on voyait repousser à moitié, du jour au lendemain, ce qui avait été détruit par le feu, des soupçons commencèrent à m'envahir. Une fois déjà, avant l'anniversaire de l'Empereur, j'avais détruit de cette façon la plus grande partie de la tumeur et, au bout de huit jours, l'excroissance était plus grosse qu'auparavant. Nous avions donc le devoir de répéter les cautérisations ignées chaque jour avec la persistance suffisante pour que la corde vocale récupérât sa forme première : c'est ce que l'on fit du 29 mars au

7 avail ; mais la suface de la plaie demeura à vif, sans guérir ni suppurer. Les tumeurs bénignes du larynx peuvent bien aussi repousser, mais elles commencent par se cicatriser après avoir été brûlées et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long qu'une tumeur nouvelle, à proprement parler, se reforme sur place. Les choses se passaient ici tout autrement : la tumeur se reformait immédiatement au-dessous de l'eschare. Aussi, avais-je, dès le commencement d'avril, de très sérieuses appréhensions. En fait il s'agissait d'un malade parvenu à l'âge où le cancer du larynx se développe le plus communément ; il s'agissait d'une tumeur dont l'aspect et le mode de développement différaient de ceux des tumeurs bénignes que j'avais eu à traiter jusque là et ne me faisaient que trop songer au cancer. Loin de dissimuler ces appréhensions au docteur Wegner, je les lui soumis avec insistance. A la vérité ce n'étaient là que des pressentiments fondés sur de simples détails symptômatiques ; mais il s'agissait de voir clair dans cette question, de déterminer nettement, à l'avance, les

signes caractéristiques de l'une ou l'autre affection (polype ou cancer), et de prendre une décision suivant les éventualités ultérieures. C'est ce qui me fit dire : Après deux semaines de repos à Ems, on saura bien si l'emplacement de la tumeur est cicatrisé ou non ; si, oui ou non, une nouvelle excroissance s'est formée. En somme, j'émis l'opinion qu'au bout de quinze jours le diagnostic pourrait être posé avec certitude, et, conformément au désir qui m'avait été exprimé, je donnai l'indication écrite de mes résidences successives pendant ce laps de temps.

Je comptais encore sur un autre signe pour trancher la question. Le développement du cancer, sur une corde vocale. aboutit généralement, de bonne heure, à une paresse remarquable de cette corde, de sorte que ses mouvements sont compromis, à un degré difficile à expliquer, d'après l'influence mécanique que peut exercer la portion visible de la tumeur. Or jusqu'ici j'avais porté mon attention soigneusement sur ce point, et j'avais pu constater que les deux cordes vocales offraient une

égale mobilité. Si donc, en même temps que la reproduction du néoplasme, on observait une diminution notable de la mobilité de la corde gauche, il devait en résulter une présomption de plus en faveur de la malignité de l'affection.

Cependant les comptes rendus qui nous venaient d'Ems, par la presse, n'étaient pas de nature rassurante. Quelques jours avant le retour de l'illustre malade, le docteur Wegner m'apprit que l'on désirait appeler un laryngologiste en consultation. Je profitai de l'occasion pour rendre visite à mon confrère et lui exposer de nouveau toute la gravité de la situation, le priant d'appuyer le vœu que j'avais émis, de faire appeler exclusivement un chirurgien, dans le cas où la tumeur aurait reparu, comme je le supposais d'après les rapports des journaux, ou dans le cas où la corde vocale aurait perdu de sa mobilité. On pouvait bien faire venir autant de laryngologistes qu'on le voulait, un chirurgien seul était nécessaire. Lui seul pouvait rendre service au malade. Le docteur Schrader, qui assistait par

hasard à cet entretien, appuya ma proposition, disant qu'il s'agissait là d'une affaire de conscience et que nous devions nous mettre à l'abri du reproche d'avoir reconnu la nature de la maladie alors seulement qu'elle n'était plus opérable.

Nous recherchâmes alors, dans le passé de l'illustre malade, les origines possibles de sa maladie actuelle. Le docteur Wegner assura que rien ne pouvait faire songer à l'existence d'une maladie contagieuse (on sait que le contraire fut soutenu plus tard par des gens incompétents). On ne constatait en effet ni engorgement ganglionnaire, ni cicatrice à la gorge, laquelle présentait simplement une disposition spéciale aux catarrhes. Cette hypothèse était donc à exclure après une consciencieuse délibération.

Pouvait-il s'agir d'une tuberculose? Mais cette affection donne bien rarement naissance à de grosses tumeurs du larynx; l'illustre malade n'avait jamais présenté ni fièvre, ni toux. Ses poumons étaient libres, son apparence était celle de la santé. Force était donc

d'éliminer aussi cette conjecture. La discussion se resserrait donc entre la tumeur bénigne et la tumeur maligne du larynx ; il fallait choisir entre le polype et le cancer. Depuis des semaines l'idée du cancer hantait mon esprit, mais peut-être voyais-je les choses trop en noir. Les inquiétudes de mes nuits d'insomnie étaient bien souvent dissipées, dans la journée, à la suite d'une réflexion plus calme.

Ce n'était que dans le cas où, à la suite de plusieurs semaines de repos à Ems, la tumeur se serait rapidement reproduite, accompagnée d'une diminution de mobilité de la corde vocale gauche, que j'aurais consenti à donner enfin une opinion décisive, sans hésitation ni arrière-pensée.

Le 13 avril Son Altesse était partie en voyage. Le 15 mai au matin elle revenait à Potsdam. Ce jour-là, la voix était plus enrouée et la tumeur plus grosse qu'auparavant. On la voyait soulever la face supérieure de la corde vocale dont la muqueuse se montrait congestionnée et faire saillie à sa face interne, présentant une

surface plate, inégale, d'un gris rougeâtre, sans que la plaie produite par la brûlûre eût abouti à la cicatrisation. Le contour de la tumeur était séparé de l'apophyse vocale, dans sa partie postérieure, par un sillon plus net qu'auparavant. La corde vocale gauche présentait une inertie évidente comparativement à la droite. Mes pires craintes étaient donc réalisées. Je ne dissimulai pas à l'illustre patient que la tumeur avait repoussé. Il exprima le désir que l'on reprît les cautérisations galvano-caustiques. Je demandai un délai, voulant, en outre, obéir aux instructions que j'avais reçues relativement à la nécessité d'appeler en consultation un ou plusieurs laryngologistes. Je signalai les quatre spécialistes les plus renommés de Berlin, à ma connaissance, mais j'insistai pour qu'on appelât aussi un chirurgien et je nommai de Bergmann, ajoutant qu'il s'agissait là d'une tumeur pour laquelle l'intervention d'un chirurgien paraissait indiquée. Ma proposition fut acceptée, et le choix d'un laryngologiste fut différé en attendant que Bergmann pût me donner son

avis à ce sujet. Ce fut le docteur Wegner qui se chargea d'appeler de Bergmann. N'ayant pas abordé ce sujet avec lui auparavant, je n'avais eu et n'avais cherché à exercer aucune influence sur son jugement. Il examina le larynx, le 16, émit immédiatement l'opinion qu'en raison de la malignité possible de la tumeur et, en tout cas, en considération de sa récidive opiniâtre, il fallait fendre le larynx et pratiquer, par cette voie, une extirpation radicale du néoplasme. Après la consultation, la question du choix d'un médecin spécialiste pour le larynx fut de nouveau mise sur le tapis par le docteur Wegner. Bien des noms furent cités; Wegner proposa Mackenzie ; Bergmann et moi-même, nous nous rangeâmes à cet avis, car le résultat de l'examen laryngoscopique et l'histoire de la maladie étaient pour nous si clairs et si probants que tout médecin capable d'inspecter un larynx nous paraissait devoir partager notre jugement. Cette supposition parut se confirmer le 18. Ce jour-là eut lieu une consultation plus importante, à laquelle prirent part, outre les docteurs Wegner,

Schrader, de Bergmann et moi-même, de Laueret Tobold, délégués par Sa Majesté l'empereur. Tobold examina très soigneusement le larynx, à l'aide du miroir, et déclara aussitôt que nous fûmes entrés dans la salle réservée à nos délibérations qu'il ne pouvait s'agir là que d'un cancer, à l'exclusion de tout autre diagnostic. Les autres médecins présents se rallièrent à cette opinion et il n'y eut qu'une voix pour proposer, dans le plus bref délai, l'ouverture du larynx et l'ablation de la tumeur.

Le diagnostic, cancer du larynx, ainsi porté unanimement, dans la journée du 18 par les médecins cités plus haut, s'appuyait sur les arguments suivants :

1° La reproduction rapide du néoplasme ;

2° Sa dureté et sa surface inégale ;

3° La persistance de l'ulcération à sa surface interne ;

4° Le défaut de mobilité de la corde vocale ;

5° La certitude qu'il ne s'agissait ni de tuberculose, ni d'aucune autre maladie infectieuse ;

6° Enfin une série de raisons de détails.

Parmi ces dernières, nous comptions l'âge du malade, le siège, l'aspect de la tumeur et aussi cette circonstance que la partie ulcérée n'aboutissait ni à une suppuration franche, ni à la cicatrisation, enfin un certain nombre de traits spéciaux, touchant l'étiologie et le diagnostic et tout à fait propres à ce cas.

Le diagnostic fut posé ici plus tôt qu'il ne l'est généralement en pareil cas et parut aussi solidement étayé que la chose était possible, à une période aussi précoce de la maladie. Il était même posé avec tant de certitude que les médecins réunis en consultation, sans exception, n'hésitaient pas à endosser la responsabilité des conséquences pratiques qui en découlaient.

Bien qu'il existe quelques exemples de sarcômes et un de cancer du larynx heureusement opérés par voie buccale et guéris par la suite, il n'y avait pas lieu, par contre, d'espérer obtenir la guérison par le même procédé, en présence de cette tumeur plate, faisant corps sur une si grande surface avec la corde vocale dont elle ne se distinguait pas par des limites nettes, et du centre de laquelle elle paraissait

tirer ses racines, surtout du moment que l'on avait bien la certitude qu'il s'agissait d'un cancer. Il fallait, dans ce cas, rejeter l'opération par la bouche et procéder conformément aux principes si clairement posés, il y a 18 ans, par Désormeaux. On devait fendre le larynx. C'est là, grâce aux moyens dont nous disposons aujourd'hui, une opération presque sans danger, que l'on pratique sans crainte même pour extirper des tumeurs bénignes, aussi bien chez les enfants que chez les vieillards.

Par cette voie seulement il était possible de pratiquer une extirpation radicale du néoplasme, en suivant nettement l'opération avec les yeux, sans crainte de laisser aucun germe morbide dans l'organe. Le diagnostic du médecin avait établi avec évidence, et aussitôt que possible, la nature du mal, et maintenant l'intervention chirurgicale se trouvait en présence du cas le plus favorable pour elle, étant données la force, la stature colossale de ce corps dont il s'agissait d'extraire radicalement une petite tumeur ne mesurant pas plus d'un

demi centimètre de diamètre. Le siège du néoplasme qui faisait saillie au bord de la corde vocale devait singulièrement en faciliter l'extraction. Aucune statistique ne peut exactement exprimer les chances de succès définitifs offertes par ce cas. Il n'existe en effet aucun exemple d'un cancer du larynx reconnu d'aussi bonne heure, à l'état de germe, pour ainsi dire et, d'autre part, la constitution de l'illustre malade était bien la plus forte que l'on pût imaginer. On disposait de toutes les ressources possibles. On pouvait se demander si la perte de substance nécessitée par cette opération, au lieu de se limiter aux parties molles, ne devrait pas comprendre aussi une portion du cartilage thyroïde.

Cette grave considération ne fut pas passée sous silence. A la vérité aussi, la voix devait être définitivement altérée, à la suite de l'ablation d'une grande partie d'une corde vocale; mais quelle importance avait la voix, en comparaison de la vie? Comme il arrive dans les cas semblables, on pouvait s'attendre à ce que la voix, tout en restant définitivement enrouée,

se prêtât, par la suite, à la production de sons distincts.

Le soir du 30, les dispositions les plus minutieuses étaient prises, en vue de l'opération qui devait avoir lieu le lendemain matin.

LES OBJECTIONS

D'après les bruits qui couraient alors, ce fut le médecin qui traitait le prince à Ems qui souleva la question d'appeler un laryngologiste. Lorsque, d'après les instructions que j'avais reçues, j'eus fait cette proposition et cité quatre noms appartenant à notre ville, la chose fut différée jusqu'après l'arrivée de Bergmann. Lors de la consultation du 16 mai, le docteur Wegner proposa, entre autres spécialistes, Morell Mackenzie, et nous nous arrêtâmes à ce dernier choix. Le médecin anglais arriva le 20 au soir, pour prendre part à une consultation à laquelle assistaient tous les médecins réunis déjà précédemment. Mackenzie fut minutieusement mis au courant de nos constatations

et de nos opinions, après quoi, ayant inspecté lui-même le larynx il déclara, sur-le-champ, qu'il ne considérait pas le mal comme cancéreux, que l'aspect de la tumeur n'était pas celui d'un cancer et qu'il resterait opposé à l'opération, par voie externe, aussi longtemps que l'examen microscopique d'un fragment détaché du néoplasme n'en aurait pas établi la nature maligne. Il fut accepté par nous tous que l'opération serait différée jusqu'à l'examen histologique : Mackenzie devait se charger de l'extraction du fragment à examiner et Virchow de cet examen lui-même. Le 21, dans la matinée, Mackenzie détacha un petit morceau de tissu. Aussitôt après je constatai une petite perte de substance de la muqueuse de la face supérieure de la corde vocale gauche, près de la limite externe de la tumeur. Au fond de la perte de substance, on distinguait, à sa coloration jaune, du tissu élastique dénudé. L'examen de Virchow établit simplement l'existence d'un processus irritatif et l'existence, au milieu de cellules épithéliales en prolifération, d'un îlot de cellules épithé-

liales stratifiées concentriquement. Il émit verbalement, dès cette époque, l'opinion qu'il devait s'agir d'une pachydermie laryngée; on pouvait toutefois objecter que le fragment extirpé et examiné ne provenait pas de la tumeur elle-même. Mackenzie chercha pour cette raison à se procurer un nouveau fragment. Il revint à Potsdam, le 23 mai, dans la soirée, avec de fortes pinces tranchantes. Je le vis tirer la susdite pince de sa poche de côté et l'introduire dans le larynx, sans l'avoir préalablement nettoyée, et je constatai que, pendant cette introduction, le cône lumineux projeté par le miroir frontal, destiné à éclairer le larynx, était dévié de côté, au point d'éclairer simplement la joue de l'illustre malade. La pince revint d'ailleurs absolument vide. Ce jour-là il ne voulut pas opérer davantage. J'inspectai le larynx aussitôt après lui et trouvai les deux cordes vocales fortement injectées; la droite était toute couverte de sang et présentait sur son bord, en avant de sa partie moyenne, une saillie d'un rouge noirâtre s'avançant dans la glotte. Sans me permettre

aucune remarque, je priai le docteur Wegner de répéter l'examen. Il le fit mais assura qu'il n'avait rien pu voir. Nous nous rendîmes alors dans la chambre de Mackenzie et là je lui dis nettement qu'au lieu de la corde gaùche, il avait saisi avec sa grosse pince la droite, c'est-à-dire la bonne, et qu'il l'avait pincée et partiellement déchirée. Il répondit : « It can be » (c'est possible) et parla aussitôt de son prochain départ. Nous lui fîmes remarquer qu'il devrait au moins passer cette nuit à Potsdam et le docteur Wegner lui signala un médecin militaire de cette ville qui aurait pu prêter son assistance, dans le cas ou l'on aurait à pratiquer la trachéotomie.

A partir de là, jusqu'à une époque assez avancée de son séjour en Angleterre, l'illustre malade demeura aphone. Pendant les premiers jours, il éprouva en outre des douleurs dans le cou et un certain degré de constriction glottique. Ce devait être là, bien probablement, la première fois qu'un laryngologiste enlevait, par inadvertance, un fragment de la corde vocale saine. L'illustre malade, qui jusque là

2

avait été simplement enroué mais n'avait jamais présenté d'aphonie véritable plus de trois heures de suite, demeura cette fois complétement sans voix durant plusieurs semaines, notamment jusqu'au 8 juillet et, plus tard, le fait que la voix fut ramenée à son état d'enrouement primitif fut célébré, en Angleterre, comme un triomphe de l'art thérapeutique. Le 25 mai eut lieu, de nouveau, une importante consultation dans laquelle les docteurs de Bergmann et Tobold purent se convaincre que la corde vocale droite avait été éraflée vers son milieu. Le 28, on constatait que cette dernière lésion s'était modifiée, la rougeur de la corde vocale droite ayant diminué et une petite saillie mousse, jaunâtre et proéminant dans la glotte se montrant au niveau de l'érosion primitive. Le 1er juin, on voyait encore, sur la corde vocale droite, une perte de substance, mesurant 3 à 4 millimètres de long et 1 à 2 de large et recouverte de pus jaunâtre. D'après le rapport de Landgraf, on pouvait considérer, le 29 juin, cette lésion comme guérie.

Le 24 mai, nous assistâmes, le Dr Wegner

et moi, à une consultation avec Mackenzie, qui eut lieu à Potsdam. On savait déjà, dans certains cercles, que Mackenzie avait promis à la famille de l'illustre malade de guérir le mal, en quelques semaines, sans opération, par voie externe, mais en revanche il n'avait pas encore dit mot de cela aux médecins traitants. Je le priai donc, le soir même, avec insistance, alors que je me trouvais dans sa chambre, de nous communiquer son plan de traitement. Il déclara, ce dont le Dr Wegner prit note, que l'on devait extirper la tumeur avec les pinces tranchantes, puis avoir de nouveau recours au galvanocautère, à moins que l'on préférât avoir d'emblée recours à ce dernier moyen. Il préférait toutefois la première combinaison et se faisait fort, par ce moyen, de restaurer complètement la voix en peu de temps, et comme je lui demandais s'il pouvait promettre cela d'une façon positive il répondit : Oui, positivement ; et ajouta, après une pause, « Humanly speaking. »

Le 25, eut lieu une nouvelle grande consultation, dans laquelle il fut unanimement accepté

que Morell Makenzie extirpât la tumeur avec les pinces tranchantes et le galvano-cautère, puisqu'il assurait pouvoir le faire et même rendre à la voix sa clarté. Ces affirmations furent émises, toutefois, avec moins de décision que la veille. Le même jour, de Bergmann déclara catégoriquement qu'il tenait la néoplasie pour maligne. Quant à Tobold, il exprima la crainte que l'on ne réussît pas à extirper complètement la tumeur avec les pinces et que l'on fût amené plus tard à pratiquer l'opération sanglante ; il mit en garde aussi contre des tentatives opératoires dont la répétition pouvait avoir pour effet d'accélérer la progression du mal. De mon côté, je déclarai que je n'aurais pas cru qu'il fût possible d'extirper la tumeur par voie buccale et que si Makenzie assurait pouvoir y parvenir, il ne devait prolonger ses tentatives que jusqu'au moment où la malignité du mal aurait été établie, soit par sa marche, soit à la suite de l'examen microscopique d'un fragment. Mackenzie déclara alors spontanément *qu'il voulait pratiquer l'opération de la façon indiquée tant*

qu'un nouveau fragment examiné ne se serait pas montré cancéreux ou qu'il n'y aurait pas eu une nouvelle augmentation du néoplasme.

A partir du 23, sur le désir de Mackenzie, le Dr Wegner insuffla, tous les jours, dans le larynx, une poudre composée de morphine, de bismuth, de cachou et de sucre. Le cancer croissait sous nos yeux, tandis qu'on le saupoudrait d'une mixture inoffensive. Les promesses de Makenzie furent acceptées partout, avec une foi inébranlable. C'est là une particularité du cancer laryngé de rester longtemps une affection purement buccale pouvant ne porter atteinte ni à la fraîcheur du teint ni à la santé générale. Tout le monde se réjouissait de cette bonne mine du malade, et quiconque disait qu'il s'agissait d'une affection légère, sans conséquence, était certain d'avoir pour lui l'approbation de tous les gens ignorants du véritable état des choses. Le 1er juin, je pratiquai un dernier examen. La tumeur avait grossi, suppurait toujours à sa face interne et plus profondément limitée, en arrière, vers le

cartilage aryténoïde. De ce côté déjà l'inégalité de surface et le processus destructif gagnaient la paroi postérieure du larynx, comme je pus nettement le distinguer. Comme avant, la corde vocale gauche était moins mobile que la droite. Il y avait toujours des douleurs, de temps à autre, mais pas de sténose. Mackenzie qui, dans l'intervalle, était allé en Angleterre et en était revenu, extirpa le 8 juin, à Potsdam, deux nouveaux petits fragments de la tumeur. Il sut, cette fois, tenir à l'écart un spectateur de l'opération aussi gênant que moi. L'examen de Virchow aboutit au diagnostic : prolifération épithéliale, associée à des excroissances papillaires (improprement dénommées papillomes), ou *pachydermia verrucosa*. Il ajoutait toutefois : « Il n'est pas permis de conclure de l'examen des deux fragments extirpés, que cette interprétation s'applique à la totalité des lésions. » L'opinion ainsi formulée fut communiquée dans une grande consultation qui eut lieu le 10 juin et publiée, à la demande de Mackenzie. Dans cette consultation, de Bergmann déclara caté-

goriquement que le climat était sans influence sur les affections de ce genre.

Mackenzie assura au contraire que le climat de l'île de Wight favoriserait grandement la guérison. Toutes nos objections furent vaines. Le départ pour l'Angleterre était chose décidée. Comment en était-on arrivé à ce parti décisif; c'est ce que Mackensie, entre tous les médecins, était seul à savoir. Dans une consultation qui eut lieu, le 1er juin, chez le Dr Wegner et à laquelle assistaient les Drs de Lauer, de Bergmann, Schrader et Tobold, on décida, puisque personne n'était en mesure d'empêcher le voyage d'Angleterre, de formuler les deux vœux suivants : que les fragments ultérieurement détachés de la tumeur fussent envoyés à Virchow, pour être confiés à son examen et que le traitement du malade, durant son séjour en Angleterre fut soumis au contrôle d'un laryngologiste allemand.

A cette époque l'opinion publique, tant parmi les médecins que parmi les gens du monde, penchait vers cette interprétation, que les médecins allemands avaient à tort diagnos-

tiqué un cancer et proposé une opération sanglante et funeste, que Mackenzie, au contraire, avait sauvé la vie à l'illustre patient en le détournant de cette opération par ses promesses. Toute la puissance de la presse fut mise en branle pour accréditer cette opinion dans le public.

Que pouvait bien être la tumeur, si elle n'était cancéreuse? Avant tout, pour Mackenzie, elle n'était pas un cancer. A des dates diverses il avait dénommé l'affection : verrue sans racines, papillome, laryngite, périchondrite ou laryngite et périchondrite. Jamais il ne nous a offert un diagnostic clair et consistant ; son langage ne trouvait de netteté que dans la négation du cancer. Ses arguments contre le cancer étaient les suivants : d'abord la tumeur n'avait pas la physionomie d'un cancer. Un pareil argument ne se laisse pas discuter. En second lieu il manquait au diagnostic « cancer » la consécration du microscope. Quand il s'agit de maladies dont l'origine est clairement connue et dont les éléments spécifiques se rencontrent dans toutes les couches des néoplas-

mes auxquels elles donnent naissance, un pareil raisonnement est assurément plausible. Exemples : la tuberculose, l'actinomycose, ou, pour ce qui a trait à l'examen du sang, la pustule maligne et l'infection paludéenne. Jusqu'ici, malheureusement, un pareil moyen capable, de l'avis de tous, de déceler les premiers germes du mal reste à trouver, pour le cancer. Les tentatives les plus consciencieuses, faites en vue de découvrir un élément caractéristique, un microbe spécial du cancer, n'ont encore abouti à aucun résultat probant. L'on est réduit aujourd'hui, dans cette question du diagnostic du cancer aux éléments dont on disposait pour reconnaître la tuberculose, avant la découverte du bacille de Koch. Comme l'a établi Virchow par un cas classique, cité à la page 349 de son traité des tumeurs, un néoplasme peut être en grande partie constitué par des éléments inoffensifs en prolifération et après que l'histologiste a prononcé sa bénignité, l'a considéré, par exemple, comme un fibrome; sa nature maligne se trouve démontrée ultérieurement par sa marche. Il arrive plus

souvent encore que le cancer soit entouré de petites végétations de bonne nature. C'est ce dont Virchow tenait parfaitement compte, alors qu'il se contentait de dire que le fragment soumis à son examen ne contenait pas d'éléments cancéreux. Mackenzie, en revanche, concluait à tort du rapport de Virchow que la tumeur, dans sa totalité, était de bonne nature. C'est ainsi que le 1er juin il écrivait à l'éditeur de la revue allemande la phrase suivante, la destinant à la publicité : « Je suis bien heureux de pouvoir vous communiquer qu'il est nettement établi par l'éminent histologique Virchow que la maladie n'est pas cancéreuse. » Il devait pourtant bien savoir que l'examen de Virchow n'avait porté que sur des prolongements latéraux du néoplasme et que sa partie centrale pouvait bien renfermer un noyau cancéreux. La marche antérieure de la maladie lui avait été clairement exposée et devait lui donner à réfléchir; mais il n'en fut pas ainsi. Lors de la dernière consultation, quand nous dîmes à Mackenzie : « La tumeur a augmenté de volume et envahit déjà la paroi

postérieure ; la corde gauche se meut moins bien que la droite, » sa réponse fut : « Je ne vois pas cela. » Lui-même devait pourtant écrire, plus tard, dans un rapport publié de San Remo, que le défaut de mobilité de la corde gauche avait été déjà établi à Berlin. Ne l'avait-il donc pas constaté à Berlin ?

Pendant un certain temps, l'opinion répandue fut que la maladie en litige était, non pas un cancer, mais une pachydermie verruqueuse du larynx. Cette opinion s'appuyait sur l'examen fait par Virchow de deux petits fragments détachés de la tumeur. Cela n'avançait guère la question, car l'histoire clinique de l'affection ainsi dénommée est encore à faire. On chercherait vainement un traître mot, sur cette entité morbide, tant dans le Traité des tumeurs de Virchow que dans le Traité des maladies du larynx de Mackenzie lui-même et dans n'importe quel autre ouvrage. Les seuls détails fournis antérieurement, sur ce sujet, se trouvent dans un mémoire de Hünermann (Berlin 1887), et ce travail, aussi bien que la description ulté-

rieure de Virchow, n'aborde positivement que le côté anatomo-pathologique de la question. Contre cette hypothèse se dressaient d'ailleurs trois objections : 1° La pachydermie se rencontre de préférence chez les buveurs. Il n'y avait pas de lieu d'invoquer ici cette influence étiologique ; 2° La pachydermie se montre presque exclusivement bilatérale, comme Jürgens, à qui nous devons la première description de la maladie, l'a reconnu lui-même, dans la séance du 29 mars de la Société des médecins de la charité. Depuis des mois, la maladie du prince était demeurée unilatérale ; 3° La pachydermie est une maladie à évolution lente. Ici, au contraire, le mal nous avait frappés, dès le début, par sa marche rapide.

Considérons enfin la supposition faite par Lennox Brown, d'après laquelle la maladie, originairement bénigne, aurait été transformée en une affection maligne par les irritations successives auxquelles elle avait été soumise, notamment par mes cautérisations galvaniques.

Cette histoire de transformation de tumeurs n'est, en somme, acceptée que par une faible minorité de médecins. La grande statistique de Semon a établi que, sur 8,300 cas de tumeurs bénignes, 40 seulement s'étaient transformées en tumeurs malignes; et encore ces prétendues transformations sont-elles considérées par la majorité des médecins comme de simples exemples d'erreurs de diagnostic.

Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une petite tumeur de nature indéterminée, insérée sur le bord d'une corde vocale, on aura le devoir de l'extirper. Quel est en effet le médecin qui consentirait à assister à ses progrès, en se croisant les bras, dans la crainte de la voir se transformer en une tumeur maligne? Si, après avoir détruit le néoplasme, on le voit se reformer avec une rapidité menaçante, on ne devra mettre assurément aucun retard à fendre le larynx et à se frayer ainsi une large voie jusqu'au néoplasme, de façon à pouvoir l'extirper aussi radicalement que possible. Lennox Brown aurait-il voulu dire que le galvano-cautère aurait exercé

une influence particulièrement funeste sur cette transformation de la tumeur en cancer? plus funeste peut-être que les pinces tranchantes de monsieur Mackenzie, qui devaient ultérieurement infliger à ce larynx de si brutales lésions? Supposons le fait établi que, dans n'importe quelle proportion, soit 1/2 pour 100 comme dans la statistique de Semon, les tumeurs bénignes du larynx se transforment en tumeurs malignes, il resterait encore à prouver qu'une méthode quelconque de traitement ait quelque influence sur cette transformation en la favorisant ou la prévenant; il resterait surtout à établir que cette influence s'est produite dans le cas de l'illustre malade. L'assertion ainsi livrée à la publicité était donc, à triple titre, dénuée de fondement.

LE VOYAGE EN ANGLETERRE

Le voyage en Angleterre projeté à l'insu des médecins traitants, résolu contre leur avis et mentionné seulement dans une consultation,

devait, d'après Mackenzie, avoir pour but de soumettre le prince à l'influence de l'air de l'île de Wight, favorable à la guérison de sa maladie laryngée, à la déclaration nette de de Bergmann que l'influence de l'air était à peu près nulle sur de pareilles affections, que les tumeurs bénignes ou malignes du larynx pouvaient être soignées ici, avec tout autant de succès qu'en Angleterre. Mackenzie se contenta de répondre par une négation pure et simple. La suite a prouvé que le climat de l'île de Wight s'était montré si peu favorable à la guérison que Mackenzie avait pris lui-même l'initiative d'envoyer l'illustre malade faire un tour en Ecosse. Les climats de Toblach, de Baveno et de San Remo n'eurent pas plus de succès pour guérir ou enrayer la maladie.

En face de ce fait ainsi décidé, les vœux suivants furent émis dans un conseil réuni le 1er dans la demeure du Dr Wegner et auquel prirent part les Drs de Lauer, Wegner, Schrader, de Bergmann et moi-même :

1° Le traitement devait être soumis au

contrôle d'une laryngologiste allemand ; 2° Le traitement de Mackenzie ne devrait se prolonger, ainsi qu'il en avait convenu lui-même, que jusqu'au moment où la malignité du mal aurait été établie, soit par l'examen microscopique d'un fragment, soit par d'autres arguments. Les fragments extirpés dans ce but devaient être envoyés à Virchow.

Pour ce qui a trait à la première proposition, j'avais été invité, quelques jours auparavant, par le maréchal de la Cour, de la part de l'illustre malade, à l'accompagner en Angleterre. Naturellement j'étais prêt à obtempérer à cet ordre, j'avais seulement exprimé le désir que le Dr Wegner accompagnât également le prince.

Le 6 juin, dans la soirée, j'appris que cette résolution avait été modifiée et que le Dr Wegner devait seul suivre le prince. Le soir de ce même jour j'appuyai, avec toute l'énergie possible, le vœu des médecins consultants, et j'obtins que le docteur Wegner proposât de faire accompagner aussi le malade par le Dr Landgraf; ce qui fut accordé. C'est ainsi

que parut assuré ce contrôle si vivement désirable.

Le docteur Wegner m'ayant fait connaître qu'il devait interdire au Dr Landgraf de m'adresser des communications sur la marche de la maladie, en Angleterre, je suspendis tout entretien avec Landgraf, mon assistant sur ce sujet. Le Dr Wegner se chargea seul de lui faire connaître sa tâche ainsi que l'évolution antérieure de l'affection. — La dernière fois que Son Altesse Impériale, le prince héritier, me parla, ce fut pour m'adresser un mot aimable et gracieux au sujet des changements dans le personnel médical qui devait l'accompagner pendant son voyage.

Le premier rapport officiel, adressé d'Angleterre par le Dr Landgraf et qui me fut envoyé par M. de Lauer confirmait pleinement, à part une légère divergence — ma constatation du 1er juin, sans que j'eusse jamais conféré, sur ce sujet, avec Landgraf. La divergence en question, bien explicable d'ailleurs, consistait en ce qu'il ne voyait aucune ulcération de la tumeur. Dans son

rapport du 18 juin, Landgraf s'exprime ainsi : La corde vocale droite est injectée, quelque peu gonflée et présente une légère dépression correspondant à la tumeur située en face d'elle, sur la corde vocale gauche, tumeur largement insérée, pointue, conique, dirigée en haut et en arrière et occupant le quart ou le tiers postérieur de la corde vocale. La tumeur offre une teinte jaunâtre et rouge pâle ; pas de rougeur nette de la tumeur ou de son voisinage. Sur la partie gauche de la face antérieure de la paroi postérieure du larynx, la muqueuse se montre épaissie. La mobilité de la corde gauche se montre quelque peu inférieure à celle de la droite, pendant l'adduction. Pendant la phonation, la glotte présente une partie béante persistante. Pas d'ulcération. Aphonie complète.

Le 17, M. Mackenzie avait communiqué à M. Wegner la constatation suivante qui fut officiellement transmise par ce dernier : congestion nulle, état favorable. Il ajoutait qu'il ne notait aucune lésion sur la corde vocale droite et qu'il expliquait l'aphonie par la saillie de la

tumeur de la corde gauche, s'opposant à la juxtaposition des deux cordes. Comme on le voit, à part la légère divergence déjà signalée, Landgraf avait vu tout ce que j'avais moi-même signalé le 1er juin, ce que Mackenzie n'avait pas vu ici et ce qu'il avait aussi formellement contesté, en Angleterre, à savoir : la rougeur et la forme irrégulière de la corde droite, l'envahissement de la paroi postérieure par le néoplasme et le défaut de mobilité de la corde gauche.

Le 26 juin, Landgraf constate les détails suivants : la muqueuse du vestibule laryngée paraît plus pâle qu'auparavant; il en est de même de la corde droite sur laquelle on observe la même excavation que précédemment; la tumeur de la corde gauche présente un accroissement plutôt qu'une diminution de sa circonférence; elle n'est plus pointue, à la façon d'un cône, mais plutôt arrondie. Entre la tumeur et la paroi postérieure du larynx, beaucoup de mucosités. La mobilité de la corde gauche compromise comme lors du dernier examen. — Après ce rapport,

M. de Lauer m'en a communiqué encore un autre du même Dr Landgraf, le 1er juillet (postérieurement à une opération de Mackenzie qui avait eu lieu le 28 juin). Landgraf trouve l'intérieur du larynx congestionné.

L'encoche de la corde droite n'est pas plus visible que la tumeur de la gauche ; mais sur la paroi postérieure, il note une tuméfaction plus nette d'un gris jaunâtre. Voilà ce qu'observait Landgraf le 1er juillet. Ce n'est que beaucoup plus tard, pendant le séjour à l'île de Wight, que l'assistant de Mackenzie attira son attention sur un épaississement de la muqueuse occupant la surface postérieure des cartilages aryténoïdes. Cette fois Mackenzie vit, lui aussi, la lésion en question. (Berliner Klinische Wochenschrift, vom 21 november 1887.) A partir de là, je ne reçus plus aucune communication sur la marche de la maladie.

A la suite des consultations du 9 et du 10 novembre 1887, sir Morell Mackenzie déclara publiquement :

Si la nature de la néoplasie développée en dernier lieu n'est pas établie avec certitude, il n'en est pas moins vrai qu'elle offre l'aspect d'une néoformation carcinomateuse.

RAPPORT DU PROFESSEUR DE BERGMANN

Dans la soirée du 15 mai 1887, je reçus, du médecin particulier de Son Altesse le prince impérial d'Allemagne et de Prusse, l'invitation d'examiner le prince héritier, le jour suivant, avec lui et avec le professeur Gerhardt et de me prononcer sur sa maladie. Wegner me donna, en même temps, communication verbale de l'histoire de la maladie et me confia que l'intervention d'un chirurgien était le résultat du vœu formellement exprimé par Gerhardt. Je me rangeai, en outre, à l'opinion de Wegner, lorsque celui-ci déclara qu'il était nécessaire, dans un cas aussi important, d'appeler aussi un spécialiste de renom, d'autant

plus que je ne me sentais aucunement la compétence spéciale d'un laryngologiste ni celle d'un chirurgien exercé aux opérations intralaryngées. Comme nous étions tous deux d'avis que Gerhardt occupe la première place, parmi les laryngologistes allemands connus, il était naturel de songer à nous adresser, pour la consultation demandée, à l'une des autorités d'un autre pays. Je nommai tout d'abord le professeur Rauchfuss de Saint-Pétersbourg, proposant aussi l'un des deux laryngologistes de Vienne les plus connus, Schrœtter et Stœrck. Wegner me dit que Mackenzie de Londres lui paraissait le spécialiste le plus indiqué et en même temps il me montra sur sa table le traité de ce médecin, sur les maladies de la gorge et du nez. J'acceptai sa proposition sans objections. Le 16 et le 18 mai 1887, je pratiquai l'examen du larynx, mais, dès le premier examen, *j'acquis la certitude absolue qu'il s'agissait d'un épithélioma de la portion postérieure de la corde vocale gauche*. En conséquence, je songeai aussitôt à l'opportunité de la thyrotomie, opération qui, dans le cas d'un

petit carcinome laryngé, me paraît incontestablement préférable aux manœuvres intralaryngées. Quel que soit le jugement que l'on porte sur la thyrotomie, opération consistant à fendre le larynx pour en extraire les néoplasmes situés à son intérieur, il est bien établi que c'est l'opération qui, dans ces dix dernières années, a été pratiquée le plus fréquemment et avec le moindre danger. Sur sept thyrotomies que j'ai faites à Berlin et auxquelles il faut encore ajouter deux cricotomies, pas une ne s'est terminée malheureusement. Toutes ont abouti à une guérison rapide et sans complication. La *Pall-Mall-Gazette* aussi bien que la *Vossische Zeitung* se plaisent à me représenter comme un chirurgien n'ayant jamais réussi une seule de ces opérations : « Dr. von Bergmann has not performed even one », je n'ai pas dissimulé à Mackenzie les heureux résultats que j'avais obtenus. Mais je ne suis pas le seul à voir cette opération d'un œil si favorable ; bien d'autres, par exemple Rauchfuss et Köhler, pensent de même et le travail de Schuchardt, récemment

paru dans *Volkmann 's Klinik*, sous le titre : *De la laryngotomie externe*, renferme le jugement suivant : Les dangers de mort liés à la laryngotomie ont été exagérés jusqu'ici ; grâce à la méthode antiseptique, ils sont devenus insignifiants.

Dans ces circonstances, il est facile de concevoir que je propose la laryngotomie, dans tous les cas où l'on a des raisons sérieuses de soupçonner une néoplasie maligne de l'intérieur de l'organe. Dans les numéros des quatre dernières années parues jusqu'ici du *Central blatt* international de Laryngologie, figurent quinze cas de laryngotomies, c'est-à-dire de thyro et cricotomie associées. Des opérés, un seul est mort (de diphtérie d'ailleurs) ; tous les autres ont bien supporté l'opération.

C'est une faute incontestable de juger de la valeur d'une opération d'après les résultats réunis en statistique dans la littérature médicale et provenant de faits isolés, épars dans nos recueils scientifiques. Ces statistiques ne sauraient nous apprendre qu'à porter un jugement spécial sur un fait spécial. Si l'on jette

un coup d'œil sur une série d'ouvrages semblables, ayant trait à l'extirpation de la totalité ou d'une partie du larynx, on voit qu'il en est de ces extirpations comme de celles d'autres organes, pratiquées dans ces derniers temps, et aussi des résections de l'estomac et de l'intestin : c'est toujours la même histoire qui se renouvelle. On commence par accueillir l'opération nouvelle avec de grandes espérances et on lui donne de suite une extension exagérée ; mais précisément pour cette raison, on est vite conduit par l'expérience à limiter l'intervention à des cas peu nombreux il est vrai, mais offrant de grandes chances de guérison. Ainsi les cas d'extirpation totale ou partielle du larynx qui ont guéri étaient ceux dans lesquels le mal n'existait que depuis relativement peu de temps et n'avait atteint qu'un faible développement. On conçoit par là que la statistique des guérisons obtenues par l'extirpation d'une moitié ou d'une moindre portion encore du larynx soit plus favorable que celle des guérisons après extirpation totale : c'est que, dans les premiers cas, les néoplasmes

étaient moins étendus que dans les derniers. Comme chez notre illustre malade, nous avions trouvé au carcinome de la corde vocale gauche de très faibles dimensions, il nous parut que l'opération en question était celle qui donnait les meilleures promesses. Ajoutons que mes recherches microscopiques et celles entreprises par Bramann à San-Remo établirent la tendance des cellules épithéliales du néoplasme à subir la transformation cornée. Cette découverte, comme le prouvent les faits de Hahn et Schede, impliquait dans l'espèce le meilleur pronostic.

Au mois de mai de l'année dernière, il n'a pas été question d'une autre opération que de la laryngotomie (opération consistant à fendre et non à extirper le larynx), dans le but d'extraire la petite tumeur occupant la face inférieure de la corde vocale gauche. Nous le répétons : c'est de cela seulement qu'il s'agissait. Je tiens à insister sur ce point, car la presse qui nous attaquait a toujours parlé de l'extirpation totale du larynx, et c'est en faisant allusion à cette opération que de

nombreux journaux anglais et allemands glorifiaient en juin 1887 Morell Mackenzie comme l'homme qui avait sauvé le prince héritier des mains du chirurgien. *L'opération que nous proposions n'était pas plus dangereuse qu'une trachéotomie ordinaire*, laquelle, d'après notre diagnostic, était fatalement réservée un jour au prince. En somme, ce que nous proposions n'était pas plus grave que ce qui devait inévitablement s'imposer, un jour, comme une nécessité.

Mais quels jugements, quelles interprétations devait rencontrer jusqu'à ces derniers temps l'insistance avec laquelle j'avais conseillé l'opération ! Pourtant, je me maintenais sur le terrain solide de mon expérience personnelle. Il y avait alors deux ans (il y en a donc plus de trois aujourd'hui) que j'avais, sur un homme de 42 ans, pratiqué l'extirpation d'un cancer du larynx, par la laryngotomie, avec résection partielle d'un cartilage. Cet homme du nom de Cygan qui, au moment où j'écris ces lignes, se trouve auprès de moi, est resté, depuis, parfaitement bien portant et indemne

de récidive. C'est un ouvrier laborieux de l'imprimerie de l'*Allemagne du Nord* ; il parle, il est vrai, avec un certain enrouement, mais assez distinctement, toutefois, pour qu'on puisse le bien entendre à dix pas de distance. Comme l'examen de son larynx présente une image intéressante et bien faite pour montrer avec quelle énergie la corde vocale droite dépasse la ligne médiane pendant la phonation pour se mettre en contact avec la cicatrice blanche qui remplace la corde vocale gauche, j'invitai alors Mackenzie à examiner le malade. Malheureusement il n'est pas venu voir ce fait si démonstratif. L'aspect du larynx ressemblait ici à celui qui a été décrit par Solis Cohen dans le *Médical News* 1887. Dans ce cas, il s'agissait d'un homme opéré depuis 20 ans, avec succès persistant, par le même procédé d'un cancer laryngé. Dans mon cas, la tumeur extirpée avait été examinée et reconnue cancéreuse, non seulement par moi, mais par mon assistant Fehleisen et le professeur B. Fraenkel qui avait bien voulu m'adresser le malade. Ce dernier a soumis ces préparations histolo-

giques au professeur Waldeyer et obtenu de lui la confirmation de son diagnostic anatomique. Indépendamment du fait de Hahn, si connu en Angleterre, dans lequel Paget fit l'examen anatomique, c'est encore à un troisième médecin de Berlin, le professeur Küster, qu'appartient la guérison définitive d'une tumeur maligne, opérée par extirpation partielle du larynx, le malade, dans ce dernier cas, n'est autre que le Dr Fromm de Norderney, opéré depuis 7 ans et que son enrouement n'a pas gêné un seul instant depuis, dans l'exercice actif de sa profession.

Supposons maintenant que nous ayons fait erreur et, qu'au lieu du cancer, nous ayons trouvé une tumeur bénigne, l'opération n'aurait été aucunement préjudiciable à l'illustre malade ; mais le diagnostic mis en doute par Mackenzie aurait été à temps mis en lumière. Assurément il y a un revers fâcheux, à la thyrotomie : *l'altération de la voix.* Mais cette éventualité n'est pas toujours fatalement inévitable. Rauchfuss, Bennett May, Parkes et d'autres ont pratiqué l'opération pour des pa-

pillomes multiples des cordes vocales, chez des enfants, et la voix est restée claire ultérieurement. Aussi Schüller dit-il avec raison, dans sa monographie sur la trachéotomie et laryngotomie, que c'est du siège et de la nature des tumeurs à enlever et non de la thyrotomie que dépendent les résultats de l'opération en ce qui concerne la phonation. Comme il ressort des explications et des règles tracées par Schuchardt et Köhler, on peut avec de l'attention, de la prudence et de la précision, éviter de faire dévier l'incision de la ligne médiane, surtout, si comme j'ai l'habitude de le faire en pareil cas, on a soin de marquer à l'avance avec un couteau court et fort la voie que devra suivre la pince à cartilage.

La laryngotomie ainsi pratiquée n'aurait donc ni menacé la vie ni compromis la voix : Cette dernière devait être fatalement altérée, du fait de l'ablation de la tumeur, que les limites de la muqueuse fussent ou non dépassées. Mais, à ce point de vue, le procédé intra-laryngé eût entraîné absolument les mêmes conséquences que la méthode extra-

laryngée. Il était impossible, du moment que l'on voulait opérer une extraction radicale de la tumeur, de ne pas enlever, avec elle, un morceau de la corde vocale, inconvénient inévitable, que l'on opérât par la bouche ou par le cou. *Je dus donc déclarer que l'opération projetée par moi altérerait définitivement la voix.* La voix resterait enrouée, rauque, mais suffisamment compréhensible par le fait de l'intégrité de la corde vocale droite. Je fus en état de renseigner Son Altesse Impériale sur le degré de phonation qui lui resterait, en lui signalant certaines personnes connues d'elle et dont la voix était altérée de cette façon.

Sans doute, grâce aux éclaircissements que j'avais fournis, Son Altesse Impériale, la princesse, me chargea à la suite de notre deuxième examen du 18 mai 1887, *de tenir tout prèt pour l'opération*, afin que, dès que Mackenzie serait arrivé et aurait partagé notre diagnostic, on pût procéder à l'opération le matin suivant, c'est à dire le 21 mai. L'illustre malade me dit lui même : « Il faut me débarrasser de ce

mal à tout prix ; si vous ne pouvez y parvenir par la bouche, extrayez-le par une incision. » Je répondis au prince que telle était bien mon intention, et je procédai aussitôt à l'installation des chambres situées au second étage du palais princier, qui furent débarrassées et reçurent chacune leur attribution spéciale (chambre opératoire, chambre destinée au malade après l'opération, chambres des médecins et des domestiques). Son Altesse Impériale la princesse montra un empressement infatigable à m'aider dans cette besogne et veilla à ce que le plus petit détail ne fût pas oublié, et à ce que tous les objets que j'avais jugés nécessaires fussent neufs, bien nettoyés et se trouvassent à leur place. On prépara également, pour le soir du 20 mai, la table d'opération, les instruments et les pièces de pansement stérilisées.

On sait comment ces préparatifs furent rendus inutiles par l'opposition catégorique de Mackenzie; et ici j'ai peu de choses à ajouter au rapport de Gerhardt. Ce qui prouve, sans contestation, comment il rejeta mon

diagnostic de cancer, que je soutenais énergiquement devant lui, ce sont les paroles suivantes qu'il m'adressa : « Je suis persuadé que si vous n'étiez dominé par l'intérêt que vous inspire votre cher prince, s'il s'agissait par exemple d'un simple malade de votre clinique, vous ne songeriez pas ici à un carcinome. » Cette même opposition ressort non moins de ses affirmations réitérées, que sa riche expérience lui avait montré plus d'un cas semblable qui avait guéri rapidement par des moyens doux et intra-laryngés. Dans le même esprit, il assura à bien des personnages de la cour que, dans quelques semaines, à la suite d'une cure en Angleterre, le prince recouvrerait sa voix primitive et pourrait sûrement commander aux manœuvres d'automne. Ce fut dans ce sens que Mackenzie s'exprima devant le rapporteur du journal *The World*. Nous trouvons en effet, dans le numéro du 23 novembre 1887, les paroles suivantes, reproduites d'après le médecin anglais : « Maintenant encore je pense qu'à cette époque la maladie n'était pas cancéreuse ; ce que je constatai

dans le larynx du prince ne donna pas à mon œil l'impression de la malignité, et je puis bien dire que j'ai vu plus de ces choses-là qu'aucun de mes contemporains. »

Je tiens aussi à rappeler comment je m'élevai contre la façon dont Mackenzie interprétait l'opinion formulée par Virchow le 21 mai 1887. Je n'ai, pour ma part, que bien rarement et, je puis bien le dire, tout à fait exceptionnellement réussi dans mes tentatives d'examen de fragments, faites en vue du diagnostic, car c'est bien un hasard, une chance, si l'on arrive à extraire d'une tumeur organique, comme le carcinome, quelques éléments caractéristiques. En plus d'un passage de son fameux traité des tumeurs, Virchow s'est exprimé avec autorité sur ce sujet. De même, Paget, Lücke et Mackenzie lui-même qui dit textuellement, à la page 36 de son livre *Growth in the Larynx*, Londres 1871 : « Dans les cas de ce genre, lorsqu'un fragment est rejeté par la toux ou extrait à l'aide du miroir, il ne faut pas trop compter sur le microscope pour résoudre la

question du diagnostic différentiel. J'ai connaissance de plusieurs cas où les caractères apparents, fournis par l'histologie étaient nettement ceux du carcinome, tandis que l'évolution clinique se faisait dans un sens diamétralement opposé, et vice versa. » Dans ces derniers temps, Virchow écrit encore : « Je ne veux rien dire contre ce mode de contrôle qui est souvent le seul possible, mais il ne faut pas non plus s'étonner si le résultat en est parfois trompeur. Il est si facile que les fragments minuscules dont dispose l'histologiste ne correspondent justement pas au siège du mal ! » Dans le cas qui nous était soumis, il était presque impossible d'atteindre la partie de la tumeur qui pouvait recéler les éléments caractéristiques. Par la raison que cette dernière siégeait à la face inférieure de la corde vocale, peut-être même au niveau de la paroi latérale de la portion sous-glottique du larynx, cette circonstance rendait illusoire toute tentative d'extraire un fragment pour l'examiner, comme Mackenzie en convient, à la page 137 de son traité des maladies de la gorge et du nez (tra-

duction allemande, première partie), et c'est pour cette raison que Gerhardt et Tobold rejetèrent la tentative en question. Mais Mackenzie a expliqué tout autrement leur abstention, comme en témoignent les communications suivantes faites à la *Pall-Mall-Gazette* du 17 mai 1888 : « Deux professeurs allemands, spécialistes pour les affections de la gorge, présents à la consultation se déclarèrent incompétents pour entreprendre une opération que n'importe quel membre du personnel médical de l'hôpital de Londres pour les maladies de la gorge aurait exécuté instantanément, et que le premier élève venu aurait pu pratiquer facilement, après un an d'études. » Mackenzie saisit, avec sa pince, la surface supérieure libre de la corde vocale et il aurait pu traverser toute l'épaisseur de la corde avant d'atteindre la partie fondamentale de la tumeur en question. La preuve qu'il n'y est pas parvenu ressort de la description de Virchow, relative au fragment qui lui avait été renvoyé. Je n'ai pu trouver d'autre conclusion dans sa description qu'un « non liquet ». Les détails fournis rela-

tivement au fragment, étaient insuffisants pour permettre une opinion nette et assurément ils n'autorisaient guère la conclusion qu'en tirèrent Mackenzie et la presse qui lui était dévouée et que nous trouvons formulée dans les lignes suivantes de la *Pall-Mall-Gazette* du 15 juin 1887 : « En raison des rapports pessimistes transmis télégraphiquement de Berlin à plusieurs journaux du matin de Londres, sur l'affection laryngée du prince héritier, la *Pall-Mall-Gazette* a envoyé hier un délégué au docteur Morell Mackenzie afin d'obtenir, autant que possible, un démenti à ces bruits à sensation. Le docteur Mackenzie a fourni à notre collaborateur les renseignements suivants : « Après que le premier fragment de la tumeur eut été enlevé, le docteur Virchow déclara qu'il aurait désiré avoir un plus gros morceau du néoplasme, pour son examen; mais, plus tard, il dit au docteur Wegner qu'il se tenait pour satisfait. Le premier examen ne donna que des résultats négatifs. On ne trouva aucune ulcération cancéreuse, seulement des produits inflammatoires. Après la seconde

opération que le docteur Mackenzie entreprit à la suite de son retour à Berlin, un morceau beaucoup plus gros fut enlevé et le docteur Virchow fut en état de formuler une opinion positive, d'après laquelle il considérait la tumeur comme une excroissance formée par un épaisissement du derme de la muqueuse. C'est la forme habituelle des excroissances verruqueuses que l'on trouve dans le conduit aérien. Le docteur Mackenzie ajouta que, relativement à la nature de la tumeur, il n'avait assumé aucune responsabilité et qu'il continuerait de n'en assumer aucune. *Par contre il laissait toute la responsabilité à Virchow*. En même temps il se disait certain qu'il n'y avait rien dans la gorge qui eût l'aspect d'une ulcération cancéreuse. »

Le *British Medical Journal* s'était déjà auparavant exprimé d'une façon analogue, mais il avait ensuite été complètement ramené dans notre sens par Butlin, qui écrivait dans son numéro 1379, du 4 juin : « Les points essentiels que je tiendrais à relever, sont d'abord le résultat de l'examen microscopique

du petit fragment enlevé avec la pince et aussi la façon dont nos journaux (tout particulièrement quelques-uns des journaux quotidiens) se sont exprimés, au sujet du triomphe de la laryngo-chirurgie britannique sur l'allemande. — Depuis que j'ai, pour la première fois, en 1883, attiré l'attention sur ce sujet (Tumeurs malignes du larynx, pages 26 à 43) j'ai eu, tant dans ma pratique personnelle que dans celle de mes collègues, l'occasion fréquente d'examiner des fragments semblables. J'ai pu ainsi me convaincre que c'est une source d'erreurs, même de dangers, que de s'en rapporter à l'examen d'un seul fragment, à moins que l'on soit en présence d'éléments particulièrement caractéristiques pour une maladie de ce genre ; par exemple, un épithélium corné. Quand la structure du fragment est de nature douteuse ou présente l'aspect propre aux tissus enflammés, il est important, avant d'émettre une opinion décisive, d'enlever, en vue de l'examen, un deuxième, voire même un troisième fragment. Un ou deux faits récemment rapportés ont mis en lumière l'importance énorme

de cette prudence et montré comment toute infraction à cette règle peut conduire à un mauvais mode de traitement. Pour ce qui concerne le cas du prince héritier, j'apprends que le fragment détaché était très petit et n'a pu être enlevé qu'avec une très grande difficulté, en raison du gonflement des parties voisines. J'ai tout le respect possible pour l'admirable habileté manuelle du docteur Morell Mackenzie, mais je sais néanmoins combien il est difficile, dans les circonstances présentes, d'aller choisir dans le larynx même, avec une certitude approximative, le fragment approprié à un examen décisif. Nous connaissons tous assurément la circonspection du professeur Virchow en matière de recherches microscopiques; encore ne peut-il se prononcer que sur le fragment qui lui a été remis. Jusqu'à présent, le cas traverse encore une période très obscure et quelques-uns, je puis même dire beaucoup d'entre nous, ici, nourrissent de sérieuses appréhensions, au sujet de la véritable nature de la maladie du prince. Les événements des jours derniers ne nous ont encore

apporté aucune preuve que le docteur Mackenzie ait raison et les médecins allemands tort; aussi ai-je le vif espoir que nos journaux, rédigés ou non par des médecins, s'abstiendront de toute allusion à un triomphe qui n'est pas encore certain, tant que nous ne serons pas véritablement en état de constater que le docteur Mackenzie a réellement su maintenir, avec son prestige, le renom de la science médicale anglaise à l'étranger. » Félix Semon s'est exprimé d'une façon analogue, dans le même numéro. Si, malgré de semblables doutes, un grand nombre de nos collègues d'Allemagne et d'Angleterre ont interprété l'opinion de Virchow dans un sens tout différent de celui que lui donnait son auteur lui-même, dans la séance de la société médicale de Berlin, du 16 novembre 1887, il faut bien s'en prendre à la malheureuse coïncidence de cette communication avec la publication du même Virchow sur la *Pachydermia laryngis*, datant du 27 juin. La chose était d'autant plus naturelle qu'une phrase du rapport du même auteur daté du 20 juin pouvait donner à penser que

l'anotomo-pathologiste était sorti des limites qui lui étaient tracées et, non content d'interpréter ce qui lui avait été soumis, avait cherché à faire concorder ses résultats avec les constatations du clinicien tirant de là des conclusions pour les appliquer à l'ensemble de la maladie. Je fais allusion à la phrase de la deuxième colonne de la page 445 du *Berliner Klinische Wochenschrift* où il est dit : La maladie (donc la maladie considérée dans son ensemble) est caractérisée par une prolifération épithéliale, associée à des excroissances papillaires : *Pachydermia verrucosa.* Virchow s'est chargé d'exposer dans la séance de la Société médicale de Berlin du 16 novembre 1887, sa pensée et son jugement réels sur cette question.

La marche et le triste dénouement de la maladie ont assez montré combien nos doutes et ceux de Butlin étaient justifiés.

A la suite des dernières consultations, notre confiance en Mackenzie, qui nous avait décidés à l'appeler en consultation, était complètement évanouie. Nous avions été amenés à ce revire-

ment d'abord par l'impossibilité de nous fier à ses manœuvres dans le larynx, rien ne nous garantissant que son instrument, au lieu de s'en prendre à la tumeur, n'irait pas saisir quelqu'autre partie de la cavité laryngée, comme lors du fait notoire de la blessure faite à la corde vocale droite ; en second lieu, nous étions frappés de l'importance antiscientifique, tout à fait arbitraire et complètement en contradiction avec son propre enseignement, qu'il attachait à l'examen de Virchow, et non moins de la façon dont il se déchargeait sur l'histologiste de toute responsabilité. Enfin, une troisième considération acheva de nous fixer, ce fut la façon dont la presse s'empara de l'affection de notre illustre malade dès l'arrivée de Mackenzie à Berlin. Une série de correspondants étaient reçus par lui et une série de télégrammes adressés par ses soins aux journaux anglais, ainsi qu'il résulte des constatations officielles. Les premiers journaux qui lancèrent les mots de : « *cancerous* » et « *malignant growth* », étaient anglais, par exemple le *Daily Telegraph*, dans ses numé-

ros des 24 et 25 mai 1887 (d'après des correspondances émises de Berlin, le 21 et le 23). Le dernier de ces numéros commence par glorifier Mackenzie, ainsi que la chose s'est si souvent répétée depuis, comme ayant sauvé le prince héritier en le préservant d'opérations aussi dangereuses qu'inutiles. Le numéro suivant, du 26, annonce le prochain et complet retour de la voix de l'illustre malade et le 29, le même journal est assez aimable pour excuser l'inquiétude des médecins allemands en l'expliquant par la faiblesse de caractère de leur race. Il est également établi par l'article cité plus haut que le *British Medical Journal*, dans son numéro 1338, page 1164, du 28 mai, ne craignait pas d'indiquer le nom de la maladie dont il était question alors. Nous devons savoir gré aux journaux allemands, tant médicaux que politiques, de n'avoir pas été les premiers à employer et à livrer à la publicité certaine fâcheuse épithète morbide. Le *Berliner Tageblatt*, qui devait plus tard laisser de côté toute espèce d'égards envers nous, ne parlait encore à la fin de mai que d'une simple néoplasie

inflammatoire de la corde vocale. Comment, plus tard, les partisans enthousiastes de Mackenzie, en Allemagne, ont pu nous reprocher à Gerhardt et à moi d'avoir publié notre diagnostic et d'avoir voulu nous faire une bruyante réclame en nous vantant de l'exactitude de notre diagnostic, c'est ce que je ne puis découvrir. Plus d'un de nos collègues aurait fait sagement de considérer la réalité des choses avant de livrer à la presse ses lettres et ses exclamations.

Le 24 mai, c'est-à-dire avant notre consultation du 25, eut lieu à Potsdam, dans le nouveau palais (Schloss Friedrichskron), une conférence entre les Drs Wegner et Mackenzie, dans laquelle le premier rédigea un protocole auquel Mackenzie souscrivit. Le contenu de cette pièce est incorporé dans les archives du ministère de la maison royale, sous le numéro 4,028 et ainsi conçu : « *Le Dr Mackenzie est d'avis qu'étant donnée la forme de la tumeur, il faut chercher à en extirper le plus possible avec la pince tranchante, puis détruire le reste avec le galvano-cautère. Le Dr Mac-*

kenzie déclare être certain de restaurer ainsi la voix, dans un certain temps, au point qu'elle redeviendra claire. » — En attendant, on devait employer contre le gonflement des poudres légèrement astringentes. Le Dr Mackenzie était en outre d'avis que l'emploi de la pince n'était pas absolument nécessaire ; il tenait le traitement par le galvano-cautère pour tout aussi bon. Quant à la nature de la tumeur, s'appuyant sur l'examen et le dire de Virchow, il la considérait comme bénigne et pouvant guérir par le traitement intralaryngé.

Dans le protocole rédigé par Wegner, lors de la consultation du 25 mai, et livré également aux *Actes officiels*, nous lisons : « *Le Dr Mackenzie considère la tumeur, d'après son histoire clinique, et d'après l'examen microscopique, comme un épaississement inflammatoire et pense, par conséquent, qu'elle ne saurait être cancéreuse. Si le néoplasme continue de croître, il faut commencer par l'opérer avec la pince. Si ce moyen échoue et que d'autres tentatives intra-laryngées demeurent sans succès, il faudra avoir recours à la laryn-*

gotomie. » A cette pièce nous ajoutâmes, chacun, notre avis. Le mien était à peu près identique à celui de Gerhardt. Voici ce dernier, d'après le protocole de Wegner, et les actes de la maison royale : « Bien qu'il ne pense pas que la tumeur puisse être extirpée par voie buccale, il se décide toutefois à se rallier au plan de Mackenzie, sur l'assurance de ce dernier d'effectuer ainsi l'ablation du néoplasme, *mais seulement aussi longtemps que ni l'examen d'un fragment, ni la marche (c'est-à-dire l'accroissement opiniâtre de la tumeur) n'auront pas nécessité un autre mode de traitement.* »

Dans l'exposé de cette consultation rédigé par moi, à cette époque, se trouvent les lignes suivantes : « J'émis la crainte qu'en tardant trop longtemps à extirper la tumeur nettement considérée par nous comme un cancer épithélial, on ne la laissât parvenir à un développement qui diminuât l'efficacité de l'opération, par voie externe, projetée par nous. A cela, Mackenzie répondit que, tout au contraire, la laryngotomie externe compromet-

5

trait et altérerait la phonation, si elle ne l'abolissait complètement, tandis que sa méthode des extractions répétées, au moyen de la pince, permettait d'espérer, avec la plus grande vraisemblance, la conservation des fonctions de la corde vocale. » Le professeur Tobold a joint au protocole la déclaration suivante : « Je tiens le procédé d'extirpation, par la pince, pour inopportun et insuffisant, car il est impossible d'enlever, de cette façon, d'une manière complète, par une incision nette, un néoplasme diffus de la corde vocale. On doit craindre de voir, ultérieurement, se produire tôt ou tard des récidives, sans compter que, d'après mon expérience personnelle, l'action inévitablement brutale de la pince sur la corde vocale et sa néoplasie (surtout quand cette dernière est maligne), favorise la reproduction de la tumeur, et, en fin de compte, rend nécessaire une méthode plus précise. Je considère la laryngotomie comme le seul moyen nous permettant de venir complètement à bout du mal, en nous mettant à même d'exciser, avec sûreté et avec une absolue précision, toutes les par-

ties malades, et de détruire et de rendre inoffensif le point d'implantation, en y appliquant la pointe incandescente d'un thermo-cautère Paquelin. Même, au point de vue de la phonation, on peut attendre de ce procédé un résultat meilleur qu'on ne serait autorisé à en attendre d'une corde vocale déchirée et hachée par la pince. »

Le 1er juin, dans une conférence à laquelle assistaient les docteurs de Lauer, Gerhardt, de Bergmann, Tobold, Schrader et Wegner, nous reçûmes avis, de la bouche du Dr de Lauer, médecin de Sa Majesté, que le prince héritier était disposé à suivre en Angleterre le médecin désigné par nous, et que l'empereur accédait volontiers à ce désir du prince, dans le cas où les médecins d'ici pourraient prendre des mesures pour contrôler le traitement, à distance. Le protocole dit : « Le professeur Gerhardt annonce que, questionné par le maréchal de la cour, Son Altesse Impériale le comte Radolinski, s'il est disposé à accompagner le prince héritier, il s'y déclare prêt. »

Comment il s'est fait qu'à la dernière heure on ait renoncé au départ de Gerhardt, c'est

ce qui est resté inexpliqué. Nous tenions énormément à ce choix, et nous priâmes le Dr de Lauer de communiquer à Sa Majesté notre sentiment à ce sujet. J'avais espéré, pour ma part, que si Gerhardt accompagnait le prince, nous pourrions nous tenir assurés du maintien des deux engagements acceptés par Mackenzie, lors de son dernier séjour à Berlin :

1° Envoyer à Virchow tout nouveau fragment détaché avec la pince ;

2° Promettre de recourir à la laryngotomie, en cas d'extension de la tumeur.

Or, il est notoire que ces engagements n'ont pas été tenus. Pour ce qui est du fragment envoyé de Norwood, Virchow fit remarquer que c'était un petit lambeau superficiel détaché de la muqueuse, n'autorisant aucun jugement sur la nature des parties plus profondes. Quant à l'extension du néoplasme, elle fut nettement constatée et suivie, d'une semaine à l'autre, par le Dr Landgraf, qui avait accompagné le Dr Wegner en Angleterre et en Écosse, en qualité d'assistant pour l'examen laryngé de l'illustre malade.

RAPPORT DU Dr LANDGRAF

Avant le voyage en Angleterre auquel je prenais part, étant attaché à la suite de l'ex-prince héritier de l'empire d'Allemagne et de Prusse, j'avais, dans la soirée du 12 juin, prié le Dr Gerhardt de me fournir des renseignements sur la maladie de Son Altesse Impériale, et de me fixer sur le rôle que j'étais appelé à jouer.

Le Dr Gerhardt crut ne pas devoir me communiquer son opinion sur la nature du mal. Quant aux instructions que je réclamais, n'étant pas à même de me les fournir, il me conseilla de m'adresser au Dr Wegner, aux côtés duquel mon nouveau poste m'appelait, et dont

j'avais, par conséquent, à recevoir les avis. Ce dernier me fit prendre l'engagement, à Berlin, de n'envoyer ultérieurement aucun renseignement dans mon pays. A Norwood, il me mit au courant de l'évolution antérieure de la maladie, et me confia que Son Altesse Impériale s'était complètement mise entre les mains de M. le Dr Mackenzie et ne désirait pas que nous prissions part au traitement. Mes fonctions se trouvaient donc bornées à pratiquer l'examen du larynx et à rédiger, avec mon chef, le résultat des examens.

Quant aux autres points nécessaires pour juger la marche de la maladie (état général, variations de poids du corps, engorgements ganglionnaires, dysphagie, etc.), il m'était bien difficile d'obtenir quelque indication précise.

Les résultats des premiers examens des 17 et 18 juin ont été communiqués par le Dr Gerhardt.

Comme M. le Dr Mackenzie, contrairement à mon observation, mettait en doute l'existence d'un état inflammatoire, de même que le défaut de mobilité de la corde vocale gauche, et,

dans un croquis rapidement dessiné pour le Dr Wegner, n'avait représenté ni l'encoche de la corde droite, ni le gonflement de la paroi postérieure, d'où résultait déjà, entre nous, une divergence d'opinion, je crus que nous devions être tenus au courant des mesures thérapeutiques de M. le Dr Mackenzie, et, le soir du 19 juin, je fis la proposition suivante :

On devait chercher à obtenir de Son Altesse Impériale l'ordre que M. le Dr Mackenzie, toutes les fois qu'il apporterait des modifications au traitement, en informât le Dr Wagner, en lui faisant connaître les motifs spéciaux de sa conduite. Ces motifs devaient, dans ma proposition, figurer chaque fois au protocole.

Cette proposition fut rejetée.

Les jours suivants, j'appris que M. le Dr Mackenzie faisait des badigeonnages avec des solutions de perchlorure de fer, et que Son Altesse Impériale en éprouvait des douleurs que l'on combattait par l'ingestion de petits morceaux de glace.

M. le Dr Mackenzie trouvait que ces badi-

geonnages avaient pour effet de diminuer la tumeur.

Le 24 juin, j'avais signalé l'importance qu'il y avait à répéter fréquemment les examens. J'avais aussi attiré l'attention sur l'apparition d'engorgements ganglionnaires, et j'avais exposé à un personnage en relations avec les cercles les plus élevés, les chances offertes par la thyrotomie externe.

Le 26 juin, je pus relever le résultat de l'examen déjà mentionné plus haut.

Dans la conversation provoquée par la communication du résultat de cet examen, j'appris que M. le Dr Mackenzie se proposait d'enlever un fragment de la tumeur, en vue de l'examen microscopique. Cette opération fut pratiquée, le 28 juin, par M. le Dr Mackenzie, en présence du Dr Wagner, sans que je fusse moi-même invité à y assister.

Le 1er juillet, je pus constater le résultat de l'opération. La tumeur était enlevée. On voyait une rougeur et un gonflement considérables. La tuméfaction de la paroi postérieure était plus distincte qu'auparavant; la surface

de cette partie présentait uue teinte d'un gris rougeâtre. Cette tuméfaction siégeait presque au milieu, mais était plus développée vers le côté gauche.

Comme M. le Dr Mackenzie ne confirmait que la première partie de ma constatation, des doutes graves me vinrent relativement à l'exactitude de son examen, et je ne les lui dissimulai pas. En raison de l'importance de la chose, je réclamai l'autorisation d'écrire à M. le Dr Mackenzie, pour lui demander s'il n'avait pas vu la tuméfaction de la paroi postérieure, et quelle importance il lui attribuait. Je renouvelai cette demande d'autorisation le 2 juillet, en remettant mes croquis.

On me refusa l'autorisation d'adresser des questions par écrit, en me promettant de me laisser m'exprimer de vive voix à la prochaine occasion.

Le 4 juillet arriva la réponse du professeur Virchow, accompagnée d'une lettre pleine d'espoir.

Le 8 juillet, j'appris que M. le Dr Mackenzie assurait qu'il tenait la paroi postérieure pour

intacte. Je ferais peut-être bien d'ajouter ici que, le 29 juillet, à Morris-Castle, je montrai à M. le Dr Wolfenden la place où je voyais la tuméfaction en question, et, le 31 juillet, M. le Dr Mackenzie reconnut son existence.

Le 22 juillet, j'eus de nouveau l'honneur d'examiner Son Altesse Impériale à Norris-Castle, et je trouvai, à la suite d'un repos de trois semaines, une diminution générale de la rougeur et du gonflemment, notamment au niveau des fausses cordes. La corde vocale droite était encore très rouge, mais moins gonflée. La corde vocale gauche présentait, dans ses deux tiers postérieurs, une tumeur, à large base, en forme de selle. Gonflement et rougeur de la paroi postérieure du larynx; pas d'ulcération.

La tumeur avait donc repoussé à la place même d'où elle avait été extraite, le 28 juin. C'est ce dont le Dr Mackenzie convint lui-même le 23 juin.

Le 27 juin, j'entendis parler du projet d'agir avec le galvano-cautère. Avant qu'on en arrivât là, je fus autorisé à pratiquer un nouvel

examen, le 29 juillet. L'image laryngée était à peu près la même que le 22; la mobilité des cordes vocales me parut améliorée. Son Altesse Impériale présenta, ce même jour, une voix nettement bitonale.

Le 31 juillet, un nouvel examen fut pratiqué par M. le Dr Mackenzie, à la suite duquel une assez longue conférence s'engagea, entre lui et le Dr Wagner; ce dernier me communiqua, sur cet entretien, les détails suivants : Ayant fait observer au Dr Mackenzie que c'était à lui (Mackenzie) qu'il appartenait de fixer le moment où il ne pourrait pas poursuivre davantage ses manœuvres et où il jugerait l'opération externe indiquée, ce dernier lui aurait répondu qu'il voyait aller une bandelette de la corde vocale gauche vers le cartilage aryténoïde du même côté (comparer avec ma constatation du 1er juillet) et qu'il lui aurait exposé ensuite comme quoi la marche ultérieure de la maladie pouvait s'aggraver, par trois mécanismes :

1° L'hypothèse la moins vraisemblable était la transformation du néoplasme en une tumeur maligne;

2° Il pouvait s'agir de papillomes multiples, susceptibles de se développer sur d'autres points du larynx;

3° L'affection pouvait dégénérer en laryngite chronique, par suite de laquelle les couches profondes du larynx pouvaient être envahies. Le 4 août, Son Altesse Impériale la princesse m'accorda l'insigne faveur de m'adresser la parole et de s'informer, auprès de moi, avec une sollicitude pleine d'affection, de l'état de santé de son auguste époux. J'appris alors que Son Altesse Royale avait constamment éprouvé, depuis le mois de mars, des douleurs, en avalant, dont elle n'avait été exempte que pendant quelques jours à Norwood. Durant les derniers jours, ces douleurs avaient augmenté et il s'y joignait des douleurs pendant les efforts de la respiration. Je ne manquai pas d'exposer les motifs qui me paraissaient légitimer une interprétation sérieuse de ces symptômes et je montrai l'invraisemblance de l'explication que le Dr Mackenzie avait fournie de la dysphagie, complication qu'il rapportait à une simple angine « a

frigore, » survenue dans le cours de l'affection fondamentale. J'ajoutai que je ne pouvais partager l'espoir de voir le mal favorablement influencé par un changement de climat, si le prince quittait l'île de Wight, pour se rendre en Ecosse. Quelques jours plus tard, après que le D[r] Mackenzie se fut servi du galvanocautère, je pus, le 7 août, relever les constatations suivantes :

La tumeur a grossi ; elle s'étend davantage inférieurement. Sa surface est inégale, mamelonnée; on observe, sur son milieu, une partie noirâtre. La tuméfaction reste la même ; sur la paroi postérieure, elle semble se rattacher, par une bande de tissu, à la partie inférieure de la tumeur.

La corde vocale gauche se meut à peine. La corde vocale droite, aujourd'hui moins rouge et moins gonflée, présente nettement l'encoche déjà notée; elle se met promptement en contact avec la tumeur pendant la phonation.

Je fis ressortir ce fait que la presqu'immobilité de la corde vocale gauche impliquait des

modifications plus profondes dans les tissus. Ce même jour, le Dr Mackenzie accepta la paralysie de la corde vocale gauche. Dans l'après-midi du 7 août, je profitai d'une promenade pour déclarer au Dr Wegner que, maintenant qu'il était établi que le Dr Mackenzie avait épuisé, sans résultats, la période de huit semaines exigée, d'après lui, pour le complet rétablissement de Son Altesse Impériale et que le mal, loin d'être supprimé, s'était bien plutôt aggravé, je considérais comme urgent de réunir une nouvelle consultation, avec les médecins de Berlin, comme on l'avait projeté. J'insistai sur les dangers d'un plus long retard apporté à l'opération et j'exprimai l'opinion que, peut-être déjà, la simple extirpation de la tumeur serait insuffisante et que l'on aurait à procéder à l'extirpation de la moitié du larynx.

La proposition d'une nouvelle consultation fut bien appuyée par le Dr Wagner, mais cette consultation n'eut pas lieu.

M. le Dr Mackenzie, d'après ce qui m'a été rapporté, aurait concédé qu'il n'y avait pas

encore d'amélioration, mais il aurait ajouté que tous les cas de cancer qu'il avait vus avaient présenté une autre physionomie. S'il s'agissait d'un cancer, la tumeur aurait dû déjà subir la fonte purulente. Quant au degré de mobilité de la corde vocale gauche, il n'y avait pas fait grande attention jusqu'ici, mais peut-être avait-elle été moindre encore, auparavant.

Cet aveu de légèreté, dans l'examen, n'avait rien de surprenant pour moi ; j'avais déjà eu l'occasion d'exprimer des doutes répétés à l'égard de la valeur des examens de M. le Dr Mackenzie, notamment le jour où il me fut dit que je prenais trop de temps pour mes examens laryngoscopiques.

Le 9 août, nous partîmes pour Edimbourg, où nous séjournâmes; puis nous nous rendîmes à Aberdeen, et tandis que S. A. I., dans la suite duquel se trouvait le Dr Howell, se fixait à Braemar, nous reçûmes l'ordre de nous rendre à cette dernière résidence, le 23 août, le Dr Wegner et moi, et c'est là que j'eus l'honneur d'examiner S. A. I. pour la dernière fois.

La corde vocale droite est moins rouge qu'auparavant.

La corde vocale gauche ne se meut ni pendant la phonation, ni pour la respiration. Elle reste dans une situation intermédiaire, entre la position respiratoire et la phonatoire. La tumeur est couverte, superficiellement, d'une série de petites excroissances dentelées qui font saillie jusque vers la ligne médiane de la glotte. Ces saillies empêchent le regard de pénétrer dans les régions plus profondes, à gauche, de sorte que l'on distingue mal, maintenant, la bande aboutissant à la paroi postérieure.

S. A. I. se plaignait de douleurs continuelles, en avalant, et les rapportait au côté gauche de la partie supérieure de la gorge.

Immédiatement après l'examen, M. le Dr Howell m'interrogea sur ce que j'avais trouvé, disant qu'il ne pouvait constater la reproduction de la tumeur ; j'exprimai le regret de ne pas être à même de lui fournir d'éclaircissements sur ce que j'avais vu et ne lui dissimulai pas l'étonnement que me causait sa question,

alors qu'il avait eu, bien plus que moi, l'occasion d'examiner le malade.

Après le retour de Braemar, je crus devoir déclarer que, d'après mon avis, le mal n'avait cessé de s'aggraver. Il s'éleva alors une discussion au sujet de l'interprétation de ma constatation, et il me fut objecté que les excroissances dentelées vues par moi pouvaient bien n'être que les restes de l'ancienne tumeur qui avaient échappé au galvano-cautère. Force m'était pourtant de considérer ces saillies comme nouvellement formées, et j'appuyai mon opinion en faisant remarquer que la tumeur avait bien dû s'accroître, en raison de la plus forte saillie qu'elle faisait dans la glotte et, qu'en outre, toute cicatrice de cautérisation faisait défaut à sa surface. Je proposai de plus que, dans le cas où l'on jugerait nécessaire de faire l'extirpation d'un nouveau fragment d'épreuve, on le fît le plus tôt possible, cette extirpation étant maintenant très facile à exécuter, en raison du volume actuel de la tumeur. Plus tard, le 29 août, je répétai cette dernière proposition. Ce même jour,

j'eus connaissance du bulletin destiné au *Moniteur de l'Empire*. Cette pièce avait été élaborée par le Dr Mackenzie, qui y mettait en doute la reproduction de la tumeur, sûrement constatée par moi. Dans le brouillon primitif du même document, il n'avait été fait aucune mention de la raucité de la voix, toujours persistante. Ce bulletin me fut montré, mais avec interdiction d'y apporter aucune modification.

Bientôt après, nous repartîmes pour Londres et S. A. I. nous congédia, de la façon la plus gracieuse, en nous exprimant son espoir de nous revoir à Berlin. Notre retour s'effectua le 3 septembre.

Pendant le temps que S. A. I. passa en Angleterre et en Ecosse et, plus tard, dans le Tyrol, ces mêmes journaux politiques allemands qui se vantaient de tirer leurs informations du voisinage immédiat de Mackenzie et Mackenzie *lui-même* annoncèrent une *amé-*

lioration continue dans l'état de l'auguste malade.

Le *Berliner Tageblatt* en particulier, qui se faisait le représentant de cette opinion, recevait ses informations d'un correspondant qui prétendait s'être trouvé dans la chambre voisine de celle de Mackenzie, au moment où celui-ci exécutait ses opérations galvano-caustiques dans le larynx de l'auguste malade. Ce fut ce même correspondant qui accompagna Mackenzie dans ses voyages de consultation en Italie, et qui enfin faisait partie du groupe des visiteurs réguliers et quotidiens des médecins anglais à Charlottenbourg.

Ces communications faites à la rédaction des journaux en question paraissaient si fondées, qu'ils se croyaient autorisés par elle à adresser les reproches les plus amers aux médecins allemands, *si pessimistes* (disaient-ils) pendant l'été dernier.

Telle était aussi la façon de procéder du *British Médical Journal* qui, plus d'une fois, prétendit tirer ses informations de Mackenzie lui-même. Si l'on vient à comparer les notices

hebdomadaires de ce journal médical avec les rapports de Landgraf, on ne peut comprendre comment dans le numéro 1385 de juillet 87, le correspondant de cette feuille a pu écrire : « Le Prince héritier a fait les progrès les plus satisfaisants vers *la complète guérison.* Sa voix a beaucoup gagné en force et en résonnance et est presque complètement débarrassée de son enrouement. Il peut s'en servir, sans fatigue, pour la conversation habituelle, mais, comme on le conçoit bien, il lui est recommandé de ne pas trop la fatiguer. Il existe toujours une légère congestion du larynx ; la fonction des cordes vocales est pourtant actuellement complètement rétablie, sauf que la corde gauche présente une légère inégalité, à la place ou *siégeait* la tumeur. On ne distingue plus maintenant rien d'anormal, à part une petite élevure correspondant au siège de la racine de l'excroissance, et cette base, ou, si l'on veut, cette souche est, de toute évidence, dans un état complètement stationnaire, ne présentant signe ni d'inflamation ni de récidive.

« En fait, l'état local est tellement satisfaisant que le traitement actuel est purement palliatif. » Ce n'est pas tout. Le *Moniteur de l'Empire*, lui aussi, publia le 2 septembre 87 un rapport, à lui adressé de Vlissingen par les médecins de l'illustre malade, rapport qui ne pouvait être considéré, dans le public, que comme un témoignage de la guérison : « La santé de S. A. I. a, dans ces derniers temps. fait d'heureux progrès et l'état général est maintenant excellent. Depuis la dernière cautérisation (juillet) *on n'a pas constaté de nouvelle reproduction* de la tuméfaction qui avait existé jusqu'ici ; toutefois un retour de cette dernière n'est pas invraisemblable. A la vérité, ce retour retarderait la guérison, mais *sans avoir, en lui-même, une signification fâcheuse*. Un ménagement complet de la voix et le soin à éviter le froid et l'humidité constituent les mesures prophylactiques à prendre jusqu'à nouvel ordre. » A l'original de ce bulletin, rédigé en anglais par Mackenzie, le Dr Wagner a ajouté, dans sa traduction allemande, une simple phrase : « La voix est en-

core enrouée. » Sans cette phrase on aurait pu vraiment, dans le moment, croire absolument à la guérison.

Si l'on se souvient que l'annonce de la guérison certaine du malade coïncida avec l'élévation de Mackenzie à la dignité de baronnet, on conçoit que la totalité du peuple allemand était prête à exprimer au médecin anglais son respect et son admiration. Il est non moins facile de concevoir que les journaux, qui le glorifiaient comme le seul médecin voyant juste et traitant avec succès, ne trouvassent que des paroles d'indignation et les reproches les plus amers à adresser aux médecins allemands appelés en mai. Berlin attendait, plein de joie, le retour de son « Kronprinz » enfin guéri, se préparant partout à le recevoir triomphalement. Ce fut là le premier désenchantement. Le Kronprinz ne fit que traverser Berlin. Sa Majesté, son vieux père, l'avait vainement attendu.

On s'est bien demandé alors comment on n'avait pas donné aux médecins qui avaient soigné le malade en été, l'occasion de se convaincre de leur erreur par le simple aspect du

Prince; mais on se consolait en sachant que le Kronprinz s'était montré à Francfort, plein de force et de santé et que les journaux les mieux informés étaient pleins de correspondances rassurantes. Ces nouvelles optimistes dissipèrent les inquiétudes éveillées récemment par les bruits qui couraient, sur la persistance de l'enrouement, à Toblach, sur des accès d'étouffement dans la même résidence et sur la nécessité soudainement survenue, de diriger le malade sur Venise. A Baveno, tout parut aller pour le mieux, d'autant plus que la presse voyait précisément, dans les déplacements fréquents du malade et dans son séjour dans un climat rude, la meilleure preuve que les médecins allemands s'étaient complètement trompés dans leurs pressentiments.

Le monde ainsi rassuré ne fut pas peu surpris quand, au commencement de novembre 87, il apprit, tout à coup, que Mackenzie avait été mandé précipitamment d'Angleterre à San Remo, qu'il avait déclaré la maladie maligne *et ausitôt réclamé la présence d'autres médecins.*

On peut comprendre quelle émotion cette nouvelle causa *chez Sa Majesté l'Empereur et dans toute la famille royale*, et l'urgence avec laquelle Sa Majesté demanda des nouvelles positives sur l'état de son fils et héritier. *Dans ce but, son Altesse Royale, le Prince Guillaume, reçut l'ordre de se rendre en toute hâte à San Remo en compagnie d'un médecin. Ce poste de confiance était confié, par les médecins de l'Empereur, au Dr Schmidt de Francfort.*

On s'était abstenu d'envoyer Gerhardt et de Bergmann, dans la crainte légitime que Mackenzie ne considérât leur rapport comme dicté par la prévention. De même on avait renoncé à B. Frænkel, professeur officiel de laryngologie, sachant que ce dernier avait été déjà refusé par Mackenzie qui lui préférait le Dr Krause, récemment élu « privat dozent » à Berlin. L'Empereur désirait que son médecin rapporteur fut représenté par une personnalité absolument indépendante et à l'abri de toute influence.

Ce qui se passa lors des consultations ulté-

rieures, ainsi que les constations qui les accompagnèrent, fait l'objet des rapports du professeur Schrœtter de Vienne et du Dr Schmidt de Francfort.

RAPPORT DU PROFESSEUR SCHRŒTTER

Le 6 novembre 1887, à neuf heures du soir, je reçus un télégramme signé du général Winterfeldt me demandant, au nom du Prince héritier d'Allemagne, de me rendre par le premier train à San-Remo. Je fis de suite mes préparatifs et me mis en route, le 7 novembre, à 7 heures du matin. Le mardi 8, à 6 heures 1/2 du soir, j'arrivai à San-Remo, où je trouvai le Dr Schrader qui m'attendait à la gare et me conduisit à l'hôtel de la Méditerranée, situé en face de la villa princière. En chemin, j'appris qu'on avait aussi appelé en consultation le Dr Krause de Berlin, ce qui assurément me causa de l'étonnement, car je

m'étais attendu à ne me rencontrer, dans un cas aussi grave, qu'avec des collègues d'une expérience éprouvée. D'ailleurs je connaissais le Dr Krause qui avait travaillé longtemps sa spécialité à ma clinique, à Vienne, me laissant l'impression d'un jeune collègue très studieux.

A l'hôtel, je fus salué par Mackenzie que je connaissais déjà bien et avec qui j'avais eu d'excellentes relations. Il s'excusa de n'avoir pu, en raison d'un empêchement fortuit, m'attendre à la gare et de se trouver également dans l'impossibilité de passer cette soirée avec moi. On m'offrit d'examiner seul l'auguste malade, le lendemain matin, mais je déclarai que je jugeais préférable, dans l'intérêt du Prince, que nous prissions tous connaissance de l'état du larynx, sous la direction d'un d'entre nous.

Le 9 novembre, après midi, après que le Dr Krause fut arrivé, le Dr Mackenzie exposa les opinions émises sur la maladie, son évolution antérieure et les opérations entreprises. Cet exposé fut fait en présence des Drs Schrader et Howell.

Ce dernier y joignit des remarques et des éclaircissements se rapportant à l'époque où il était seul à soigner l'auguste malade. Je dois faire ressortir, comme le point le plus important de ce rapport, ces mots que Mackenzie prononça devant le Prince, la première fois qu'il le revit, à San-Remo, lorsqu'il rendit compte des changements survenus dans la tumeur : « Now it looks like a cancer » (Maintenant cela ressemble à un cancer) ; sur la question directe que je lui adressai, il me répéta qu'il avait bien réellement dit ces mots.

Là-dessus, nous nous rendîmes ensemble à la villa Zirio, où nous fûmes reçus, de la façon la plus aimable, par son Altesse impériale. Le prince présentait un bon aspect. Il nous souhaita la bienvenue d'une voix enrouée, il est vrai, mais encore assez perceptible. Je fus presque aussitôt admis à pratiquer l'examen médical dans une chambre obscure voisine. Cela me fut d'autant plus facile que le malade, plein de prévenance, allait au-devant de toutes les difficultés et laissait pratiquer sur lui, avec la meilleure bonne volonté et en y joignant

même des remarques joviales, tout ce qui était nécessaire pour le résultat de l'examen interne et externe. Pourtant l'inspection du larynx pouvait être fatigante pour lui, habitué comme il l'était à la méthode de Mackenzie qui diffère sensiblement de le mienne. Du reste, le prince était si bien familiarisé avec les détails de l'examen qu'il fit la remarque suivante au Dr Krause qui venait de me succéder ; « Ah ! fort bien ! vous examinez comme Schrœtter ; vous êtes d'ailleurs un de ses élèves ! »

Bien que j'aie toujours l'habitude de pratiquer une exploration soigneuse de la poitrine de mes malades, je m'en abstins, dans le cas présent, sur l'assurance très nette du Dr Schrader que les organes thoraciques avaient été examinés, à maintes reprises et constamment trouvés sains et que, d'ailleurs, le reste du corps ne présentait aucun signe morbide particulier. Cet examen n'avait exigé que peu de temps et nous nous retirâmes à l'hôtel dans le petit salon de Mackenzie pour y formuler notre avis collectif.

Mais aussitôt après que j'eus exposé mon opinion, en quelques mots, il apparut qu'il existait, entre nous, une assez profonde divergence de vue ; en effet, le Dr Krause insista vivement sur la possibilité qu'il s'agît là non pas d'une tumeur, mais d'une tout autre maladie, opinion pour laquelle je ne pouvais trouver d'argument probant. J'exprimai alors le désir de voir joindre, au protocole, le résultat d'un vote séparé, déclarant qu'il m'était impossible de m'écarter aucunement de l'opinion émise dans ce document. Il va de soi que, dans un pareil moment, j'agissais avec la plus pleine réflexion, mais surtout après que le Dr Schrader nous eut appris que nos avis étaient destinés à être remis à Berlin, en haut lieu, pour figurer ultérieurement, dans les archives allemandes.

Le Dr Krause me permit de lui dicter mon avis. Dans mon protocole, j'exprimais, avec détails à l'appui, l'opinion qu'il s'agissait, chez l'auguste malade, d'un œdème consécutif à une périchondrite provoquée elle-même par l'extension d'une tumeur maligne (carcinome).

Il est certain qu'à ce moment, par le fait même de l'œdème, le diagnostic n'était pas sans difficultés. Mais il ne m'était pas possible de songer à une autre hypothèse, quand, d'une part, je tenais compte de l'épaississement des parois laryngées vers l'extérieur, symptôme dont je connaissais déjà l'existence par les journaux médicaux de Berlin, sur leque Mackenzie et Schrader avaient appelé notre attention et que (ce qui m'importait plus encore) j'avais pu moi-même percevoir, malgré l'œdème ; quand d'autre part je prenais en considération l'engorgement des ganglions lymphatiques, si peu considérable qu'il fût, et enfin le résultat de l'examen laryngoscopique. L'œdème de la moitié gauche du larynx s'accompagnait, au-dessous du repli ary-épiglottique, de la présence de saillies peu élevées, telles que l'on n'en observe pas dans les tumeurs simplement enflammatoires, et qu'on pouvait seulement voir en priant le malade de tourner le haut du corps à droite et la tête à gauche, ce à quoi le Prince voulut bien se prêter, avec la meilleur grâce. Une immobilité

complète de cette moitié du larynx avec épaississement concomitant, vers l'extérieur, ne pouvait être attribuée qu'à un mal siégeant dans les tissus profonds, notamment dans l'articulation crico-aryténoïdienne du même côté.

Si nous considérions ces symptômes comme ceux d'une périchondrite crico-aryténoïdienne, encore fallait-il résoudre la question de savoir de quoi dépendait cette périchondrite. Précisément les alternatives répétées d'apparition et de disparition de l'œdème, la longue durée de la maladie et le fait que, malgré cette cette longue durée, on ne voyait aboutir aucun abcès, tout cela plaidait contre l'hypothèse d'une simple périchondrite. En somme, en tenant compte de la nécessité d'éliminer toute autre maladie, de l'âge du malade, de l'épaississement du larynx, de la façon spéciale dont la tumeur semblait taillée à facettes et enfin (si je puis accorder à cela la moindre importance), de l'engorgement ganglionnaire, on arrivait forcément au diagnostic cancer.

J'ajoutai qu'au point de vue thérapeutique, deux voies seulement nous restaient ouvertes :

1° Attendre simplement que, par le fait du développement ultérieur du néoplasme, le danger de la suffocation vînt nécessiter d'avoir recours à la trachéotomie, opération que l'on devrait pratiquer le plus profondément possible et par laquelle on se proposerait non de guérir le mal, mais de prolonger l'existence, sans se préoccuper des progrès ultérieurs de la maladie fondamentale ;

2° Extirper le larynx, en vue d'une guérison radicale. Cette opération se divise en unilatérale et totale. En raison de l'œdème qui existait alors, il me fut impossible de décider, après ce premier examen, si une opération unilatérale serait suffisante : je déclarai donc que cette question serait résolue, au cours de l'opération, mais je penchai vers la nécessité probable d'une extirpation totale. Naturellement il fallait confier, sans réticences, au malade, tout le danger que comportait une opération aussi grave et je me figurais qu'au moment de décider s'il y avait lieu d'adopter une mesure aussi grosse de conséquences, on réunirait les sommités scientifiques

qui avaient déjà traité le malade à Berlin.

Mais il me paraissait de la plus haute importance de poser, d'une façon inébranlable, l'exactitude du diagnostic, afin qu'on évitât de perdre du temps avec d'autres tentatives thérapeutiques sans utilité et afin que, *si on se décidait* à avoir recours à la grande opération, on ne tardât pas davantage à la mettre à exécution.

Le Dr Krause déposa, à son tour, son opinion; elle était analogue à la mienne, mais mon collègue s'exprimait plus longuement sur la grande opération, dont il ne se montrait pas partisan d'ailleurs.

Dans l'après-midi, nous fûmes reçus par S. A. I. la Princesse, dans le but non dissimulé d'obtenir, de nous, la vérité pleine et entière. J'eus l'honneur de donner lecture du protocole rédigé par moi et il devint aussitôt manifeste que la Princesse éprouvait de graves appréhensions à l'égard de toute grande opération chirurgicale. S. A., après avoir interrogé le Dr Howell sur ce point, reçut de lui une telle confirmation de ses craintes, que je ne

pus assez m'en étonner. Je me permis de faire remarquer qu'au malade seul appartenait le droit de trancher la question et qu'il me semblait inadmissible que l'on exerçât une influence quelconque sur sa décision; à mon sens, on devait rester sur le terrain purement médical et se contenter d'exposer au malade sa position exacte, ainsi que les chances offertes par les différents procédés opératoires.

Comme son S. A. I. la Princesse m'objectait qu'il se pouvait que l'œdème aigu récemment survenu disparût, le jours suivants, me permettant de mieux voir et, peut-être, de modifier mon opinion sur la nature du mal, j'obtempérai au désir formel de Son Altesse et lui promis de rester jusqu'au 11 novembre. En revanche, je protestai catégoriquement contre la proposition de Mackenzie d'extraire de nouveaux fragments, dans un but d'examen histologique, alléguant que de pareilles manœuvres ne pouvaient aboutir qu'à un développement plus rapide de la tumeur ou à sa fonte gangréneuse. J'ajoutai qu'il me paraissait bien douteux, dans le stade auquel était

parvenue la maladie, qu'un histologiste, si exercé qu'il fût, pût émettre un avis concluant.

Le soir du même jour, S. A. R. le prince Guillaume arriva en compagnie du Dr Schmidt, de Francfort, délégué par Sa Majesté l'Empereur. Nous fûmes tous reçus par Son Altesse Impériale et, dans cette circonstance, j'énonçai mon opinion d'une façon aussi nette que la première fois. Plus tard, comme nous nous trouvions réunis entre médecins, chez Mackenzie, on passa de nouveau en revue toutes les hypothèses et des divergences de vue éclatèrent encore, relativement au diagnostic.

Le lendemain, 10 novembre, nous procédâmes, à dix heures et demie, à un nouvel examen de Son Altesse Impériale. Le Dr Schmidt y assistait, cette fois. Le gonflement ayant quelque peu diminué, les modifications du côté gauche apparurent avec plus de netteté, mais nous acquîmes malheureusement la certitude qu'il existait aussi une nodosité sur la corde vocale droite, constatation qui, si j'avais nourri le moindre doute, aurait suffi pour le dissiper complètement. Aussi, dans la

conférence médicale qui suivit cette exploration, ne pouvais-je rien changer à mon opinion, tant au point de vue du diagnostic que du traitement. Le Dr Schmidt adhéra, sans réserves, à mon avis. Le même jour, je fus admis à parler à la princesse. Dans cet entretien, elle s'éleva, de la façon la plus catégorique, contre l'extirpation et ne voulut admettre que la trachéotomie (pratiquée en temps opportun), voulant, à tout prix, prolonger l'existence de son cher mari et considérant ce moyen comme le seul qui pouvait permettre la réalisation de son désir.

Je me permis aussitôt de faire remarquer que, dans ce cas, on devait mander à San Remo un médecin allemand, spécialement exercé à cette opération, vu l'impossibilité de préciser à l'avance la date à laquelle il y aurait lieu de la pratiquer. J'ajoutai qu'à tous les points de vue le séjour dans le midi me paraissait indiqué pour l'auguste malade. Je proposai enfin que l'on priât le professeur de Bergmann de se tenir prêt à accourir à San Remo, à la première alarme, mais que, dans l'intervalle, on envoyât

à San Remo un de ses assistants les plus éprouvés, pour parer à toutes les éventualités.

La princesse ne donna encore aucune réponse décisive, croyant que la présence du Dr Howell auprès du malade constituait une garantie suffisante.

Le soir nous fûmes de nouveau admis en présence de S. A. R. le prince Guillaume et, plus tard, sur le désir exprimé par mes collègues, je rédigeai un mémoire détaillé sur les chances de l'extirpation du larynx comparée à la trachéotomie simple. Le Dr Krause remplit, en cette circonstance, le rôle de secrétaire. Cet acte, qui était le résultat de la communauté de nos vues avait pour but d'éclairer S. A. I. le prince héritier et de lui permettre de se décider après notre communication orale. Nous avions en effet décidé, dans notre conférence, d'exposer à l'auguste malade sa position, d'une façon aussi précise que possible ; mais afin de nous épargner d'entrer dans des détails pénibles, nous avions songé à remettre au malade ce document,

afin qu'il pût se décider à la suite d'une mûre et paisible réflexion.

Avant le dernier examen du 11, dans l'après-midi, j'avais eu de nouveau l'honneur d'échanger quelques paroles avec la princesse. La noble femme, pleine d'une tendre sollicitude à l'égard de son cher malade, me pria d'apporter tous les ménagements possibles, dans la communication cruelle que j'allais avoir à lui faire et me promit en même temps de donner suite à mon avis, relativement à la nécessité de mander un opérateur allemand ; sur quoi je ne pus m'empêcher de lui exprimer mes plus vifs remerciements et de m'écrier : « Maintenant, je m'en retourne l'esprit en repos. »

Depuis la veille, à la faveur de l'application de compresses glacées et de l'ingestion de fragments de glace, l'œdème avait encore diminué, mais, comme aucune modification essentielle ne s'était produite, dans le tableau de la maladie, mon opinion dut rester la même.

Et maintenant, il me fallait m'acquitter de la tâche douloureuse pour laquelle m'avait désigné la confiance de mes collègues ; il me

fallait rendre compte à Son Altesse Impériale de nos avis et du résultat de nos examens. Cette scène eut lieu en présence de S. A. I. la Princesse et, je le déclare, ce fut une des plus pénibles de ma vie.

L'auguste malade, sans présenter la moindre trace d'émotion, refusa, en souriant, de s'asseoir comme je l'en priais et prit le rapport qui lui était présenté avec un calme philosophique, avec un courage vraiment héroïque. Quand j'exposai les chances relatives des deux méthodes opératoires, il ne se produisit aucun changement dans sa physionomie qui avait conservé jusque-là une expression pleine d'affabilité.

Malgré l'émotion profonde que je ressentais, je fus heureusement en état de citer au prince le cas d'un vieillard chez qui j'avais eu, tout récemment, l'occasion d'observer une régression spontanée, complète, d'une tumeur semblable du larynx. L'auguste malade donna les signes d'une joie manifeste quand j'ajoutai que le malade en question était dans sa soixante-dixième année, sur quoi il s'écria : « Oh!

mais je ne suis encore qu'à la cinquantième. »

Après avoir demandé à mes collègues s'ils avaient quelque chose à ajouter à mes communications et sur leur réponse négative, Son Altesse Impériale me demanda directement, sans rien perdre de son calme, si le mal était un cancer, ce à quoi je ne pus répondre évidemment que par une circonlocution. Chacun de nous dut être profondément impressionné par la façon aimable et touchante dont nous fûmes congédiés.

Aucun spectateur, non prévenu, n'aurait pu soupçonner qu'une scène aussi tragique venait d'avoir lieu. Au moment où je me retirai, le noble Prince me serra la main en me disant : « Au revoir, telle est la volonté de Dieu. » La Princesse nous adressa également des adieux pleins de grâce, après avoir déclaré qu'elle était complètement satisfaite du plan adopté.

Le Dr Schrader se chargea alors de transmettre à l'auguste malade le rapport rédigé, la veille, sur les chances des diverses opérations. Après quelques minutes nous parvint la ré-

ponse écrite de Son Altesse impériale, exprimant son renoncement à la grande opération et son désir d'avoir recours à la trachéotomie, en temps opportun. Nous nous réunîmes ensuite chez le général de Winterfeldt et là, en présence de S. A. R. le Prince Guillaume, fut rédigé le premier bulletin destiné au *Moniteur de l'Empire,* ainsi que la série des informations ultérieures. Il fut convenu qu'on ne leur donnerait que progressivement le caractère de gravité qu'elles comportaient afin de préparer avec ménagement l'opinion publique à la connaissance exacte de la vérité. Evidemment il eût été possible de maintenir, vis-à-vis du grand public, le diagnostic de périchondrite. Pourquoi donc ce plan, tracé ici, ne fut-il pas maintenu? Comment fut-il possible que des révélations faites dans un cercle médical, absolument intime, figurassent déjà dans les journaux et sans la moindre réserve, dès le moment de mon départ, c'est-à-dire une heure après la dernière conférence? C'est ce qui est inconcevable pour moi. Je devais ultérieurement éprouver la plus vive contrariété, en

apprenant la répétition continuelle des divergences de vue, relativement à la nature de la maladie, ainsi que les changements répétés, apportés dans la thérapeutique, alors que le mal suivait son cours normal. Pour ce qui concerne les changements apportés au traitement, je n'en eus guère connaissance, il est vrai, que par la voie des journaux; pourtant, certains faits, à mon grand étonnement, me furent communiqués par des personnages que j'avais tout lieu de tenir pour bien informés. Il me faut encore mentionner que S. A. I. la Princesse me recommanda de ne révéler la vérité qu'à S. M. mon Empereur ainsi qu'au Prince Impérial d'Autriche, mais de garder un silence complet vis-à-vis du public. Cet ordre ne fut levé que quelques jours après mon retour. Alors je me permis, le secret étant depuis longtemps éventé, de révéler quelques faits dans des réunions privées et ce n'est pas ma faute si ces communications confidentielles furent divulguées, sans la moindre retenue.

RAPPORT DU Dr MORITZ-SCHMIDT

Le 10 novembre, je constatai un œdème jaunâtre, translucide du repli ary-épiglottique gauche, tellement considérable que l'on ne pouvait distinguer que les deux tiers antérieurs de la corde vocale droite et un cinquième environ de la gauche. Au-dessous de cette dernière, je notai une tuméfaction rouge sombre, recouverte d'un dépôt jaunâtre. La totalité de la muqueuse du larynx était fortement injectée.

Le 11 novembre, l'œdème avait tellement diminué que je pus voir distinctement la plus grande partie de la corde vocale et de la paroi

postérieure, de même que la corde vocale droite dans toute sa largeur.

La muqueuse du larynx était encore très rouge. Au-dessous de la corde vocale gauche, dans une étendue correspondant à toute sa longueur, la région sous-glottique était gonflée, au point de former une saillie d'un rouge sombre, débordant la corde vocale; presque tout le long de cette tuméfaction, je constatai une place irrégulière légèrement déprimée, jaunâtre, qui me parut correspondre à une ulcération superficielle. La tuméfaction sous-glottique se prolongeait jusqu'à la corde vocale droite, en passant par la paroi postérieure et se terminait par un noyau rouge de la grosseur d'un grain de chanvre, occupant le tiers postérieur de cette dernière corde. La tuméfaction signalée se prolongeait aussi à droite, en passant par l'angle glottique antérieur.

La corde vocale gauche était immobile.

Je trouvai les ganglions lymphatiques, sur le ligament conoïde, gros comme des pois. Les ganglions sous-maxillaires gauches étaient légèrement gonflés, ce qui pouvait provenir

d'une amygdalite récente. En raison de l'accroissement progressif de la tumeur, depuis dix mois, de l'âge du malade et des constatations laryngoscopiques, je ne pouvais rapporter ces lésions qu'à une périchondrite dépendant d'un carcinome. Je ferai remarquer d'ailleurs que j'ai observé *seulement*, en cas de cancer, une nodosité semblable à celle qui existait sur la corde vocale droite.

Une intervention opératoire, étant donné que la tuméfaction avait déjà dépassé la ligne médiane, ne pouvait consister que dans l'extirpation totale du larynx, ou alors il fallait se borner à une trachéotomie purement palliative.

L'extirpation du larynx en elle-même aurait pu fort bien encore offrir des chances de réussite, mais, en raison de l'incertitude du résultat, les médecins ne pouvaient conseiller à Son Altesse Impériale de se soumettre à l'opération.

Les médecins redigèrent donc un exposé de l'opération en question, de ses dangers et de ses promesses.

Après que Son Altesse Impériale eut suffi-

samment réfléchi, elle se prononça contre l'extirpation du larynx.

C'est d'ailleurs là une pratique usuelle, de laisser au malade le soin de trancher la question, après lui avoir fourni les éclaircissements nécessaires.

Après avoir reçu, à Berlin, ultérieurement, les communications des médecins qui avaient autrefois soigné Son Altesse Impériale, après avoir pris connaissance des croquis représentant l'aspect du larynx et de la reproduction en cire, exécutée par le professeur Tobold, d'après l'examen de mai 1887 (reproduction très fidèle au dire des médecins), je ne pus conserver le moindre doute que les symptômes observés par moi, en novembre, ne fussent en harmonie avec ceux qui avaient été relevés, de mars en mai 1887.

La marche de la maladie, à partir de novembre, avec ses oscillations et ses manifestations que je ne pus, il est vrai, directement observer, ne confirme que trop clairement l'exactitude de notre diagnostic.

Dans presque tous les cas de cancer du

larynx, j'ai observé des périodes remarquables d'améliorations passagères. Il semble qu'ici l'évolution de la maladie ait été, du commencement jusqu'à la fin, conforme au type habituel.

La déclaration rédigée par les médecins réunis à San Remo, du 9 au 10 novembre, est ainsi formulée :

« Après des examens minutieux et répétés, les médecins réunis ont acquis la complète certitude qu'il s'agit, dans le cas de Son Altesse Impériale, d'un cancer du larynx. Relativement au traitement, les différentes mesures possibles ont été soigneusement débattues et Son Altesse Impériale, après en avoir pris connaissance, s'est décidée pour la trachéotomie, devant être pratiquée loin du mal et au moment opportun ».

Suivent les signatures :

MORELL MACKENZIE, SCHRŒTTER, SCHRADER, KRAUSE, MORITZ SCHMIDT, MARK HOWELL.

Il est notoire que Son Altesse Impériale, après avoir été mise au courant de la valeur et des chances d'une extirpation totale du larynx, la seule opération radicale désormais possible, en raison de l'envahissement de la moitié droite du larynx, s'est prononcée catégoriquement contre elle, ainsi qu'il résulte de la réponse écrite, remise par elle aux médecins.

C'est avec la plus grande résignation et même avec un véritable héroïsme que l'auguste malade avait accueilli la nouvelle de la gravité de son affection. Il parut à son entourage que, depuis la décision à laquelle les médecins l'avaient amené, le prince présentait un calme plus grand et même une certaine gaieté.

Aussitôt après les consultations de San Remo, le Dr Schmidt était parti pour Berlin. Il y arriva le matin du 13 novembre et bientôt après il fut admis, avec le Dr Leuthold et le professeur de Bergmann, en présence de Sa Majesté, pour lui remettre le rapport dont il avait été chargé. A ce sujet, le *Moniteur de l'Empire* donna les renseignements suivants:

Après avoir examiné le larynx de Son Altesse

Impériale, *les médecins réunis en consultation ont pu établir que le mal était causé par la présence d'une tumeur maligne.* Celle-ci a son siège principal sous la corde vocale gauche et à la paroi postérieure du larynx ; on constate aussi des petits noyaux de néoformation dans la moitié droite de l'organe.

Jusqu'ici le mal est resté local et n'a pas eu de retentissement sur l'état général. Le danger de la néoplasie réside dans son développement progressif, son Altesse Impériale ne s'étant pas décidée à subir l'ablation complète du larynx, il est probable que, dans un délai plus ou moins éloigné, la nécessité de la trachéotomie s'imposera du fait de l'obstacle apporté à la respiration.

On sait que les médecins réunis à San Remo, en raison des dangers que leur paraissait présenter, pour la vie du malade, l'extirpation du larynx, même dans les cas les plus favorables, n'avaient pu se décider à conseiller cette opération sans réserve, mais avaient préféré s'en remettre à la décision de l'auguste

malade. On conçoit toutefois facilement que l'on souleva de nouveau, vis-à-vis du Très-Haut Empereur, la question de savoir si l'on ne devait pas conseiller, malgré tout, cette opération et agir fortement, dans ce sens, sur l'esprit du malade perdu, sans cela, irrévocablement. Pour cette raison, Sa Majesté l'Empereur exprima le désir, qu'un compte rendu de l'histoire de la maladie rédigé sous forme d'acte expliquât pourquoi l'opération projetée, en mai et juin, avait été abandonnée. Dans ce but, le ministre, par intérim, de la maison Royale, le comte Stolberg-Wernigerode réunit, le 13 novembre, les médecins suivants : le professeur de Bergmann, le Dr Wegner, le professeur Gerhardt, le professeur Tobold, le Dr Leuthold, le Dr Schmidt et le Dr Landgraf, afin qu'ils pussent conférer sur ces questions, au ministère de la Maison Royale.

Le protocole auquel aboutit cette conférence, ainsi que les pièces annexées, redigées par les médecins consultants, d'après leurs notes, leurs observations cliniques et leurs croquis, ont été incorporés dans les actes du Ministère

de là Maison Royale et ont servi de base au compte rendu déposé ici.

Les médecins réunis, de même que ceux qui avaient pris part à la consultation de San Remo, étaient d'avis que, dans le moment, il ne pouvait être question que d'une extirpation totale du larynx; et non plus, comme en mai, d'une excision partielle. Bien qu'il existât des faits notoires de guérison persistante à la suite de l'extirpation totale, cependant tous les médecins présents déclarèrent qu'une semblable opération aussi dangereuse pour la vie et entraînant une si sérieuse mutilation, devait être décidée par le malade seul et, qu'en cas de refus de sa part, on devait y renoncer. Quant aux raisons pour lesquelles on s'abstint d'opérer le malade en été, elles sont indiquées par le rapport suivant : « *Puisque les médecins réunis au mois de juin de l'année précédente avaient reçu l'assurance formelle que l'on recourrait à l'opération, en cas d'accroissement de la tumeur, ils devaient faire tomber la responsabilité du « trop tard » sur celui qui n'avait pas vu l'accroissement en*

question, qui même l'avait contesté, alors que le Dr Landgraf lui en soutenait l'existence de la façon la plus nette et réclamait avec insistance une nouvelle consultation !

Le rapport du professeur Schrœtter, dont le Dr Leuthold donna lecture, ainsi que l'exposé verbal du Dr Schmidt, établirent nettement qu'il se développait, en ce moment, un œdème des replis ary-épiglottiques pouvant amener une menace urgente de mort qu'une trachéotomie seule, pratiquée à temps, était en état de conjurer ; aussi les médecins décidèrent-ils, sans hésiter, *que l'on enverrait de suite à San Remo un chirurgien rompu à la trachéotomie*, afin qu'il pût parer à l'éventualité redoutée. Le professeur de Bergmann désigna, comme étant le plus digne d'occuper ce poste, le premier assistant de sa clinique, le Dr Bramann. Les autres médecin adhérèrent à cette proposition. Immédiatement à la suite de l'exposé adressé par le conseil médical du 9 novembre à l'auguste malade, le Dr Schrader écrivit, le 11, au professeur de Bergmann :

« En me conformant avec la plus grande soumission à l'ordre reçu de S. A. I. le Prince héritier et de S. A. I. la Princesse, j'ai l'honneur de communiquer confidentiellement à votre noblesse très haute le résultat de l'examen laryngoscopique et, de vous prier de vouloir bien vous charger de pratiquer la trachéotomie, au moment où elle deviendrait nécessaire, suivant le vœu exprimé par tous les médecins réunis ici en consultation. »

Le professeur de Bergmann répondit aussitôt par télégramme et, bientôt après, par lettre, en remerciant ses collègues de la confiance qu'ils lui témoignaient et se déclarant prêt à se charger de l'opération.

Mais les médecins réunis à San Remo, aussi bien que ceux de Berlin, qui avaient été consultés, à ce sujet, avaient nettement déclaré qu'on pouvait voir se produire, à l'improviste, soit un œdème glottique, soit tout autre gonflement capable d'oblitérer la lumière du larynx et que, par conséquent, en attendant l'arrivée du professeur de Bergmann, il était nécessaire que l'on eût, sous la main, un opérateur sûr. Le

ministre suppléant de la maison royale ne se crut donc pas autorisé à attendre plus longtemps, mais pensa devoir prendre ses dispositions, en vue de toutes les éventualités.

Le Dr Bramann quitta donc Berlin, dans la soirée du 16 novembre, sur l'ordre de Sa Majesté, et arriva, le 18, à San Remo, où il conféra immédiatement avec les Drs Krause et Schrader et fut mis par eux, au courant de l'état du malade.

Le 28 novembre seulement, les médecins qui, chaque jour, pratiquaient régulièrement l'examen du larynx, admirent le Dr Bramann à pratiquer le même examen. Celui-ci rapporte qu'il vit, au-dessus de la corde vocale gauche, un gonflement très prononcé ; cette corde elle-même n'existait plus, ou bien elle était masquée par la tuméfaction, au point qu'on ne pût plus la distinguer. Le gonflement, à gauche, s'étendait depuis la commissure jusqu'à la paroi postérieure et occupait toute la hauteur du cartilage thypoïde. A ce niveau, la muqueuse n'était ni enflammée, ni congestionnée ; en arrière, seulement, sous le cartilage aryténoïde,

paraissait exister un petite ulcération. Ce qui se trouvait au-dessous de la tuméfaction du côté gauche était impossible à discerner ; la corde vocale droite paraissait intacte, sauf au niveau de sa partie postérieure qui semblait quelque peu épaissie. Cette corde se mouvait si librement, pendant la phonation, qu'elle venait se mettre en contact, dans la presque totalité de son étendue, avec la tumeur située dans la région de la fausse corde gauche, ce qui expliquait la persistance d'un son vocal, si faible qu'il fût. On ne constatait d'engorgements ganglionnaires, ni dans le voisinage du larynx lui-même, ni sur la gaîne des vaisseaux cervicaux, en revanche, on pouvait sentir un épaississement diffus de la moitié gauche du cartilage thypoïde, notamment dans sa partie postérieure. Absence de douleurs, de gêne, aussi bien que de toux et d'expectoration.

Un second examen pratiqué par Bramann, le 9 décembre, donna à peu près le même résultat, bien que l'on affirmât ailleurs une régression de la tumeur et une cicatrisation de

l'ulcération antérieurement notée, dans la région postérieure, par les médecins. Comme le malade prenait à cette époque de l'iodure de potassium, on attribua l'amélioration à ce médicament qui avait « fait aboutir la périchondrite chronique » et en avait provoqué « la régression. » (Comparez les communications écrites du Dr Schrader au Dr Leuthold).

Cependant, le 10 décembre, les Drs Krause et Howell crurent apercevoir une hypérhémie et un gonflement plus marqués, à la paroi postérieure, ainsi qu'une petite ulcération située dans la région de la tumeur, sous la bandelette ventriculaire. Le Dr Howell fit part à Mackenzie, dans un télégramme adressé le 13 décembre, de ces lésions et d'autres encore, consistant dans la formation de granulations qu'il pensait avoir constatées. Dès le 15, Mackenzie était à San-Remo.

Bramann ne fut pas admis à prendre part aux examens, ni aux conférences du 16 et du 17. Ce n'est que le 23 décembre, sur la demande de l'auguste malade, qu'il eut l'occasion

de l'examiner de nouveau et il nota cette fois, une modification importante.

La voix était plus enrouée qu'auparavant. Le gonflement du repli ary-épiglottique était beaucoup plus prononcé, ce qui constituait une nouvelle indication de l'extension en arrière, de l'infiltration présentant son plus grand développement, dans la région de la bandelette ventriculaire. Au delà des limites de cette tuméfaction, l'œil ne pouvait distinguer ni la corde vocale, ni les parties plus profondément situées. Le gonflement du côté gauche présentait une étroite connexion avec l'infiltration également diffuse de la paroi postérieure dont il ne se distinguait que par un sillon peu profond. La tuméfaction de la paroi postérieure n'occupait pas seulement la moitié gauche, mais s'étendait aussi à la région de l'aryténoïde droit, et dépassait, en bas, le niveau de l'attache des cordes vocales. Elle était beaucoup plus forte qu'il y a quinze jours et offrait, à gauche, au niveau de la bandelette ventriculaire, une ulcération distincte. De là, l'ulcération s'étendait, sur la paroi postérieure, dépassant infé-

rieurement le niveau de la corde vocale ; mais il était impossible de déterminer s'il existait là une accumulation de produits secrétés ou une dissociation des tissus, avec enduit grisâtre ; en tous cas, la surface se montrait, à ce niveau, quelque peu inégale et mamelonnée.

Si, d'autre part, il avait été soutenu que tout était normal, au point où était implantée la tumeur primitive, cette assertion était incompréhensible, en raison de l'existence de la tuméfaction de la fausse corde gauche qui masquait les parties sous-jacentes. On ne pouvait pas même voir la région de la corde vocale, ni cette corde elle-même ; comment aurait-on pu voir les régions plus profondes ? D'après l'extension de l'ulcération et de la tuméfaction de la paroi postérieure, il était à supposer que, là aussi, s'étaient produites des modifications, peut-être profondes, qui n'avaient fait qu'entraîner secondairement la tuméfaction de la bandelette ventriculaire. Cette dernière tuméfaction présentait, à sa partie moyenne, une ulcération peu surélevée et dont on ne pouvait mesurer toute l'étendue,

notamment, par en bas. Quelques jours auparavant, au dire des autres médecins, cette tuméfaction de la fausse corde aurait été plus proéminente et elle serait devenue, au contraire, depuis ces derniers jours, moins élevée et plus petite. Le rapport correspondant du Dr Bramann se termine par la remarque que, en raison des modifications apparues, depuis la dernière quinzaine, il est à prévoir qu'avant l'expiration du semestre, la nécessité de la trachéotomie commencera à se présenter.

Pendant la même semaine, le *British Méd. Journal* (N° 1409, p. 1455) s'exprimait comme il suit : « C'est avec le plus grand plaisir que, nous appuyant sur une autorité indépendante et absolument digne de foi, nous sommes à même de pouvoir confirmer les rapports favorables publiés, dans la presse, sur l'état actuel du Prince héritier d'Allemagne. »

Le 26 Décembre, M. Morell Mackenzie reparut à San-Remo. Il déclara, après le premier examen, en face d'un grand nombre de per-

sonnages de la cour et même du médecin qui occupait, par intérim, la place de médecin particulier du Prince, qu'il persistait de plus en plus à douter de l'existence d'un cancer. Les excroissances, disait-il, qui s'étaient montrées, il y avait quinze jours, s'étaient mortifiées, faisant place à une nouvelle cicatrisation générale.

L'excellent aspect de Son Altesse Impériale, à l'époque de la Noël et du nouvel an, détermina aussi la presse à combattre le diagnostic cancer, émis en novembre. On lisait notamment, dans le *British Med. Journal* du 7 janvier (N° 1410, p. 31) : « C'est avec la plus grande satisfaction que nous apprenons, d'une source absolument authentique, que les symptômes si alarmants du commencement de novembre se sont presque complètement dissipés. La tumeur sous-glottique, précédemment si suspecte, s'est atrophiée, en se réduisant au quart de sa grosseur primitive, l'ulcération de sa surface est complètement cicatrisée et les ganglions sous-maxillaires, qui étaient gonflés et indurés, sont maintenant dans un état nor-

mal. La petite tumeur qui s'était récemment formée, sur la bandelette ventriculaire gauche, a disparu presque aussitôt après s'être montrée et la surface qui était restée enflammée était presque cicatrisée, au moment où Morell Mackenzie quitta San-Remo. Le Kronprinz se trouve maintenant débarrassé de la sensation de gêne légère, mais persistante, dont il avait souffert depuis le commencement de l'année dernière, et son visage a perdu la pâleur de cire qui avait frappé tant de personnes, lors de sa dernière visite en Angleterre. Nous pourrions établir que, d'après l'opinion de Morell Mackenzie, les symptômes laryngés du Prince sont conciliables avec l'hypothèse d'une laryngite chronique assez sérieuse. Dans le but de donner quelques éclaircissements à ce sujet, il est intéressant de citer quelques passages de l'ouvrage de cet auteur. — « En dehors des gonflements congestifs de la muqueuse et des tissus sous-muqueux, on observe, dans certains cas, un rétrécissement organique ou une hypertrophie des parties molles. — On observe aussi assez

souvent, ajoute-t-il, des excroissances en forme de nodosités, comme résultat des inflammations chroniques. » — Ces lignes ont été écrites il y a huit ans et le cas du Kronprinz semble un exemple frappant de l'état morbide qu'elles dépeignent. Outre l'inflammation chronique il existe sans doute également ici de la pérychondrite. M. Morell Mackenzie fait remarquer, en mentionnant cette affection, la diminution de mobilité d'une ou des deux cordes vocales (p. 391), et précisément, dans le cas du Kronprinz, existe aussi, depuis bien des mois, une diminution de la mobilité de la corde vocale gauche. »

A la fin de la première semaine de janvier, la nouvelle se répandit à San-Remo que le gonflement du côté gauche gagnait à droite, et, le 13, parut dans le *Moniteur de l'Empire* un bulletin ainsi conçu :

« Les symptômes morbides consistaient, durant les deux dernières semaines, en un gonflement assez fort de la moitié gauche du larynx et en un état d'inflammation générale de la muqueuse, ayant son point de départ

dans ce gonflement ; il avait existé, simultanément, une assez forte sécrétion muqueuse qui, comme l'inflammation elle même, était en voie de disparition. L'état général était tout à fait bon. »

Immédiatement à la suite des manifestations précédentes survinrent, le 14, le 15 et le 16 janvier, des douleurs de tête accompagnées d'élévation thermique, d'une certaine difficulté respiratoire et d'un léger cornage. Cela dura jusqu'au 17, époque à laquelle l'auguste malade expulsa, en toussant, un fragment de tissu mortifié que l'on avait vu, trois jours durant, flotter dans le larynx. Ce fragment fut envoyé à Virchow, afin qu'il en pratiquât l'examen. Le résultat de cette recherche a été publié, mais, ce qu'on ignore, c'est que le fragment en question avait été, tout d'abord, remis au Dr Heryng de Varsovie, alors présent à San-Remo. Celui-ci en avait détaché de petits morceaux, avec l'intention de les examiner provisoirement, en sorte que Virchow ne reçut pas la pièce intacte, mais seulement sa plus grande partie.

Virchow considéra le fragment, qui lui avait été remis, comme un lambeau de tissu laryngé mortifié et modifié par la putréfaction et dont certaines parties avaient dû être implantées dans la paroi du larynx à une profondeur de 4 millimètres. Sur une seule place, assez indurée, se montraient, sur presque toutes les coupes, des îlots (en forme de bulbes) de cellules épidermoïdes, généralement devenues tout à fait homogènes. Ces îlots siégeaient régulièrement dans la couche de recouvrement ou dans son voisinage immédiat ; il n'avait en revanche, malgré les recherches les plus attentives, constaté dans les parties profondes ni bulbes épidermiques, ni alvéoles nettement isolées. *Cette opinion fut également exploitée contre le diagnostic cancer.*

Cette fois, l'anatomo-pathologiste, rendu plus circonspect par l'expérience désagréable de l'interprétation que l'on avait donnée à ses rapports précédents, écrivit à Krause pour l'engager à se montrer réservé dans l'interprétation de sa dernière constatation.

Le correspondant médical du *British mé-*

dical journal à San Remo ne tint malheureusement pas compte de ce conseil, car nous relevons dans le N° 414, p. 257, du 4 février 88, le passage suivant : « Grâce à un télégramme reçu à l'instant, de San Remo, nous sommes heureux de pouvoir, en nous appuyant sur la plus haute autorité, confirmer les rapports favorables récemment publiés sur l'état du Kronprinz. L'eschare qui s'est détachée le 17 janvier, ainsi que nous le signalions la semaine dernière, du siège de la tumeur, cause de tant d'alarme, au mois de novembre, mesurait plus de 2 centimètres de long. La surface laissée à vif, à la suite de l'expulsion de ce fragment, est maintenant presque complètement cicatrisée et l'état des parties voisines est des plus satisfaisants. »

Le 29 janvier, M. Morell Mackenzie reparut à San-Remo. Il se rendit, le soir de son arrivée, chez le Dr Bramann et le pria d'examiner, le lendemain, le malade avec lui ; pour le moment, la trachéotomie n'était pas nécessaire, à la vérité, mais on ne savait pas ce qui pouvait survenir la nuit suivante.

Lorsque Bramann lui rendit sa visite le lendemain matin, il déclara de nouveau que le côté gauche s'était franchement amélioré et que le gonflement était moindre, de sorte que l'on pouvait voir la corde vocale gauche et constater qu'elle n'était nullement détruite.

A droite, au contraire, on trouvait un gonflement plus fort qu'à la Noël, mais de nature simplement inflammatoire. C'était ce gonflement qui pourrait, à un moment donné, rendre la trachéotomie nécessaire ; mais il n'admettait cette opération qu'en face d'un obstacle à la respiration.

A cinq heures de l'après-midi, Bramann fit l'examen du larynx, après cocaïnisation de la muqueuse et releva les constatations suivantes : Le côté gauche, ainsi que la paroi postérieure, présente une plus forte tuméfaction qu'en décembre, de sorte que la lumière du larynx est diminuée de plus de moitié. Le gonflement diffus de la région de la fausse corde gauche se termine inférieurement par une partie grisâtre, irrégulièrement déchiquetée ; en dehors des limites de ce gonfle-

ment, on ne peut rien distinguer ; du côté gauche, la tuméfaction fait une telle saillie, que, pendant la phonation, son sommet dépasse à droite le bord de la corde vocale droite, tendue. La fente glottique est en outre rétrécie, d'avant en arrière ; le gonflement situé sous la corde vocale droite et ayant son point de départ à gauche, n'a pu être complètement inspecté. La corde vocale droite elle-même est, sans aucun doute, beaucoup moins mobile qu'en décembre. En harmonie avec ce fait, nous constatons que la voix est tout à fait éteinte et qu'il est impossible au malade d'émettre un son, malgré ses efforts, comme il y parvenait encore en décembre. L'essoufflement n'existe pas, pendant la respiration calme, non plus que pendant la marche, même accélérée, pourvu que celle-ci ait lieu sur un terrain plat, mais elle se produit en revanche pendant l'ascension des escaliers et la montée des côtes. L'auguste patient a fait lui-même cette remarque et l'a communiquée à Bramann, sans que celui-ci l'interrogeât à ce sujet. Dans la conversation aussi,

le besoin d'air se fait nettement sentir. Les ganglions sous-maxillaires ne paraissent pas avoir grossi; en revanche, on sent, sur le côté gauche, dans une région correspondant à la moitié inférieure du cartilage thyroïde, une saillie distincte qui s'étend jusqu'au cricoïde, sans avoir envahi ce dernier. La peau se déplace facilement sur ces parties; la tuméfaction elle-même est diffuse, dure, égale et tout à fait insensible à la pression.

L'accroissement régulier et progressif de la tumeur, ainsi que la tuméfaction perceptible au niveau du cou, décidèrent Bramann à insister, vis-à-vis de M. Morell Mackenzie, sur la nécessité urgente de faire venir le professeur de Bergmann. Celui-ci séjournerait, en effet, volontiers, quelques jours à San-Remo, dans le cas où il ne trouverait pas la trachéotomie immédiatement nécessaire; mais cette proposition fut rejetée, comme elle devait l'être encore les jours suivants.

Voici le rapport du Dr Bramann relativement aux événements précédents et aux circonstances qui accompagnèrent l'opération :

« A plusieurs reprises déjà, j'avais, pendant le mois de janvier, exprimé mon regret aux médecins traitants, de ce que je n'étais plus admis, comme précédemment, à examiner Son Altesse Impériale, d'autant plus que, du 14 au 17 janvier, il y avait eu de la gêne de la respiration. Dans cette circonsconstance, je devais décliner toute responsabilité d'avoir fait la trachéotomie trop tard, ou d'avoir mandé trop tard aussi le professeur de Bergmann désigné par les autorités supérieures pour pratiquer l'opération.

Le 31 janvier, comme je rendais visite à Mackenzie, il me dit que, d'après son avis, la trachéotomie deviendrait nécessaire dans deux ou quatre semaines et qu'alors ce serait moi qui devrais la faire. Je protestai résolument contre ces paroles, m'appuyant sur le résultat de la conférence qui avait eu lieu entre les autorités supérieures et le professeur de Bergmann. Je ne devais opérer que si la dysp-

née éclatait tout à coup et à l'improviste. Si, au contraire, ce symptôme se développait lentement, on devait, dans tous les cas, appeler le professeur de Bergmann. Je fis, en outre, remarquer à Mackenzie que, puisqu'un léger degré d'essoufflement existait déjà, manifestement, pendant l'ascension des escaliers, etc., et qu'il y avait lieu de s'attendre à ce qu'il augmentât, il était au moins à désirer que je pusse observer l'auguste malade tous les deux jours, car, aussi bien le professeur de Bergmann que moi, nous n'opérerions qu'après avoir acquis, nous-mêmes, la conviction que l'opération était nécessaire et nous n'agirions, à ce point de vue, que d'après notre seul jugement. *Cependant je ne fus plus appelé une seule fois à examiner l'auguste malade jusqu'au jour de l'opération.*

J'appris dès les jours suivants, par l'entourage du malade, que le Prince changeait souvent de couleur et que sa respiration devenait pénible, notamment lors de l'ascension des escaliers. Les 3 et 5 février, dans l'après-midi, je mentionnai ces faits au Dr Schrader

qui me les confirma. Je lui demandai si je continuerais à ne plus voir le Prince et si, en raison de l'existence notoire de la dyspnée, quelque légère qu'elle parût encore, il ne serait pas rationnel de faire venir, dès maintenant, de Bergmann. Le Dr Schrader partagea mon opinion et dit qu'il ferait, en cette occasion, tout ce qui dépendrait de lui, mais il me pria de ne pas trop insister, mais d'attendre paisiblement, car il espérait obtenir que l'on manifestât, sous peu, le désir d'avoir mon avis.

Le dimanche, 5 février, le Dr Schrader et messieurs les assistants me confièrent que le bruit de la respiration avait augmenté au point que, pendant les repas, on percevait presque chaque respiration du Prince à l'extrémité opposée de la table; en montant l'escalier pourtant facile de la villa, il était obligé de s'arrêter un grand nombre de fois. Dans ses promenades en voiture, il descendait bien de temps en temps, mais seulement pour faire quelques pas. Indépendamment de l'essoufflement, il se plaignait aussi d'une grande fatigue et de faiblesse dans les jambes.

Le lundi, 6, au matin, les mêmes confrères m'informèrent de l'augmentation de la dyspnée et, le même jour, avant midi, je télégraphiai au professeur de Bergmann : « Cornage, même dans la respiration calme, tenez-vous prêt à partir. » Krause me confirma aussi la présence de la dyspnée et du cornage qui semblait indiquer un accroissement rapide de la tumeur du côté droit. Comme je lui demandais s'il ne serait pas bon et utile de mander de Bergmann sur le champ, il me répondit que Mackenzie viendrait le lendemain et que l'on déciderait. Nous causâmes ensuite assez longuement sur le diagnostic du mal et Krause se prononça pour la pérychondrite, invoquant, entre autres, cet argument, que l'expulsion d'un fragment mortifié ne s'observait pas dans le cancer!

Le 7 février, Schrader m'apprit que la nuit n'avait pas été précisément bonne et que Mackenzie avait constaté une augmentation notable de la tuméfaction. Bien que Schrader eût insisté pour que l'on fît venir de Bergmann, aucune décision ne fut prise et je ne

fus pas invité à prendre part à la consultation suivante. Il est remarquable que, dès ce jour, 7 février, la *Vossische Zeitung* annonçait à Berlin, en se fondant sur de prétendues sources anglaises, que la trachéotomie serait pratiquée le jeudi suivant, 9 février.

La *Truth* écrivait encore, le 9 février : « Les journaux sont mal renseignés, quand ils prétendent que cette importante opération doit être pratiquée par le Dr Bramann. Il est vrai que ce jeune homme a été posté, à San-Remo, pour ce seul but. Néanmoins, j'ai les meilleures raisons de croire que, dès que la trachéotomie sera nécessaire, ce sera une tête anglaise qui la décidera et une main anglaise qui l'exécutera. »

Le mercredi 8 février, j'appris de bonne heure, de la bouche de Schrader, que la nuit avait été de nouveau mauvaise, cette fois à cause des douleurs de tête et que le cornage était devenu plus fort. Il ajouta que Mackenzie m'inviterait à visiter avec lui le malade, le jeudi suivant, de bonne heure, et qu'alors, on prendrait une décision relativement à la

présence de Bergmann, que je continuais à réclamer avec instance.

Le mercredi après-midi, je rendis visite à Mackenzie, car messieurs les assistants m'avaient prévenu de l'existence d'un haut degré de dyspnée. Je lui demandai si, en raison de la gêne considérable de la respiration et de l'imminence de la trachéotomie, il n'était pas indiqué de faire venir de Bergmann de suite, par télégramme et plutôt trop tôt que trop tard. Il me répondit que, *dans sa pensée, on pourrait encore bien attendre 8 ou 10 jours.*

Le soir du même jour (neuf heures et demie), les assistants m'exprimèrent la crainte que leur causait le degré de dyspnée et me racontèrent, qu'au cours d'un entretien que le Prince avait à la fin du repas, avec un invité, officier de son régiment de Silésie, il avait été pris d'un accès d'étouffement avec respiration sifflante, tellement menaçant et accompagné d'une telle angoisse, que tous les assistants s'étaient tournés vers lui, pleins d'épouvante. En quittant le salon, pour se rendre dans la chambre où devait avoir lieu

l'examen, il aurait demandé lui-même : « *Le Dr Bramann a-t-il été mandé pour ce soir?* » à quoi il lui fut répondu que non.

Lors de la consultation du jeudi, 9 février, je fus frappé, dès que je fus en présence du Prince, de l'intensité de sa dyspnée et de son cornage, à chaque respiration. Il s'exprimait avec une peine manifeste et il paraissait plus épuisé, plus pâle qu'auparavant. Quand je lui demandai comment il avait passé la nuit, il me répondit : « Pas bien, néanmoins un peu mieux que les nuits précédentes. » Il ajouta qu'il avait, à plusieurs reprises, fortement toussé et quelque peu craché. Les crachats qui avaient été recueillis dans un bol à moitié rempli d'eau étaient teintés de sang.

Pendant l'examen laryngoscopique, au cours duquel la gêne respiratoire était particulièrement manifeste, l'obstacle paraissant aussi grand pour l'inspiration que pour l'expiration, je constatai une infiltration considérable occupant la totalité de la moitié gauche et la paroi postérieure du larynx, ainsi que le repli ary-épiglottique gauche.

Cette infiltration dominait dans la région de la bandelette ventriculaire qui formait une tumeur véritable, débordant la ligne médiane. La corde vocale droite était complètement immobile; au-dessus d'elle, principalement dans la moitié antérieure, se distinguait une tumeur recouverte par une muqueuse pâle et manifestement tendue. Cette tumeur se prolongeait à gauche et se perdait sous la tuméfaction de ce côté. Il n'existait plus d'espace glottique, à proprement dire, la pénétration de l'air n'étant plus possible que grâce à la différence de niveau des tumeurs d'un côté et de l'autre.

Après que l'examen eut été pratiqué par tous, je palpai le larynx extérieurement et constatai une augmentation de la tuméfaction déjà notée, sur le cartilage thyroïde, ainsi qu'un épaisissement de toute la moitié inférieure du larynx ; après quoi, nous nous rendîmes chez Mackenzie. Là, celui-ci nous déclara, sans détour, que la dyspnée avait augmenté considérablement, depuis la veille au soir et atteint un degré tel que l'on ne pouvait tar-

der plus longtemps et qu'il était partisan, en conséquence, de la trachéotomie immédiate. Krause et Howell se prononcèrent, dans le même sens.

J'accordai que l'augmentation de la dyspnée fût la conséquence naturelle de l'accroissement actuellement si rapide de la tumeur, mais je me retranchai derrière la déclaration que j'avais faite déjà, à maintes reprises, de ne pas vouloir opérer, sans avoir observé le malade. N'ayant vu l'auguste patient que durant le court espace de temps de la visite faite en commun, il m'était impossible de savoir si cette intensité de la dyspnée était continue, ou si elle ne devait pas, au contraire, être attribuée, en partie, à l'émotion et à la fatigue liées à l'examen ; je ne pouvais donc me décider à opérer de suite, mais j'étais d'avis de laisser écouler un délai de plusieurs heures, pendant lesquelles on me fournirait l'occasion d'observer, moi-même, l'auguste malade, tandis qu'on appellerait de Bergmann, sans retard. Ma proposition fut très énergiquement appuyée par le Dr Schrader. M. Morell

Mackenzie déclara alors *que, si je n'opérais pas, il déclinait toute responsabilité; Krause et Howell firent cause commune avec lui.* Je persistai à demander un délai de quelques heures, au moins, d'autant plus que, dans le cas où une amélioration se serait produite, j'étais bien décidé à attendre l'arrivée du professeur de Bergmann, jugeant qu'une trachéotomie faite dans les circonstances actuelles n'était pas une opération insignifiante et dénuée de danger (1). A la fin, mes confrères se rallièrent à ma proposition.

(1) On lit dans la monographie sur la trachéotomie, incorporée à l'ouvrage d'ensemble de Billroth et Lücke : Il n'existe pas, dans l'enseignement et la technique opératoire de la trachéotomie, de préjugé pire ni plus dangereux que le suivant : Que l'opération soit facile à exécuter même sur un sujet qui étouffe. De mauvais traités ou manuels de chirurgie et des gens ignorants des choses chirurgicales ont contribué à répandre ce préjugé que ses auteurs ont édifié sur leur table de travail, avec l'expérience d'une ou deux opérations. » Billroth s'exprime encore plus nettement, ailleurs, sur le même sujet, quand il dit qu'aucune opération ne lui cause autant d'appréhension qu'une trachéotomie exécutée dans de pareilles circonstances. Que ceci soit dit, en passant, pour l'édification des gens qui ont parlé et écrit sur l'opération de Bramann, en la représentant comme une petite opération sans importance.

En attendant, il fut convenu que l'on envelopperait le cou de compresses glacées et que l'on essaierait l'effet de badigeonnages laryngés, avec une solution de cocaïne.

Mackenzie se chargea d'exécuter ces prescriptions et me promit en outre, de me fournir aussitôt l'occasion d'examiner le Prince. On redigea ensuite un protocole, dans les termes suivants : « La dyspnée qui existait depuis quelques jours est parvenue actuellement à un tel degré, consécutivement au développement de la tuméfaction du côté droit, que la trachéotomie paraît devoir être exécutée sur-le-champ, dans le cas où une amélioration ne se produirait pas d'ici à quelques heures. » Je signai ce protocole en y joignant la réserve, que ma signature ne s'appliquait qu'à la dernière phrase (nécessité de pratiquer la trachéotomie dans le cas où etc...) ; que je n'avais pas au contraire à m'occuper du développement progressif de la dispnée jusqu'au degré actuel, puisque, depuis le 30 janvier, je n'avais été admis à aucune

consultation et que je n'avais même pas vu l'auguste malade.

Ce n'est qu'à midi et demi que Mackenzie vint me trouver, pour me dire : « Que le Prince m'attendait à une heure, mais qu'il ne pouvait s'empêcher de me déclarer une fois de plus qu'il rejetait une responsabilité que je devrais être seul désormais à supporter. » A une heure, je me rendis auprès de Son Altesse Impériale et fus aussitôt reçu dans sa chambre. La dyspnée était plus intense que le matin : cornage très élevé, tirage cervical et épigastrique, à chaque respiration, lèvres livides, aphonie complète, langage possible seulement, au prix d'un grand effort ; au surplus, j'appris, de l'auguste malade, *que les quatre dernières nuits*, mais principalement l'avant-dernière, avaient été *très mauvaises*, « *terribles* » qu'il n'avait pu dormir que quelques heures, et encore, avec bien des interruptions, le corps appuyé contre une pile d'oreillers entassés en aussi grand nombre que possible et maintenu ainsi presque droit ; au moindre mouvement, en revanche, qu'il avait fait dans son lit, par

exemple, pour se retourner sur le côté, ou, pour saisir son mouchoir, etc..., la respiration était devenue extrêmement pénible, s'accompagnant d'un sentiment d'angoisse et d'oppression.

Je me fis raconter, par le domestique qui avait passé les deux dernières nuits à veiller son auguste maître, ce qu'il avait observé sans lui poser les questions : « L'illustre malade qui, jusqu'à ces derniers temps, avait dormi, dans une position tout à fait horizontale, ne pouvait, depuis environ six jours, trouver de sommeil, qu'à la condition de rester presque assis sur son lit.

» La respiration était très bruyante, accompagnée d'un bruit de ronflement et, de temps en temps, toutes les heures, ou plus souvent encore, il y avait des moments où l'auguste malade paraissait ne plus trouver d'air et s'éveillait tout à coup dans un accès de toux. Dans la nuit du 7 au 8, le Prince s'était levé et était venu le trouver en lui disant : « Je » n'en puis plus, mets moi une compresse froide » autour du cou. » Enfin, depuis un grand nombre de jours déjà, le Prince ne pouvait

plus monter l'étage pourtant facile qui conduisait à son appartement, ce qui me fut confirmé par l'auguste malade lui-même. »

En raison de ces données et de l'accroissement de la dyspnée survenu du matin à midi, il me parut impossible d'attendre plus longtemps, à plus forte raison, d'attendre deux jours encore, jusqu'au moment de l'arrivée de Bergmann. J'exposai donc à Son Altesse Impériale que je considérais comme dangereux de différer plus longtemps l'opération et je conseillai de l'exécuter de suite, ce à quoi le Prince se déclara tout prêt.

Je procédai aussitôt, avec le Dr Schrader, aux préparatifs de l'opération et je cherchai tout d'abord une table appropriée à ce but. Malheureusement, je ne pus satisfaire mon désir et je fus obligé de me servir du lit très large qui m'était offert.

Lorsque tout fut prêt pour l'opération, je rencontrai de nouvelles difficultés, relativement à l'emploi du chloroforme, contre lequel sir Morell Mackenzie se prononça énergique-

ment, disant que la trachéotomie, sous le chloroforme, était dangereuse et que, pour cette raison, on n'y avait jamais recours en Angleterre. Je lui ripostai que, de mon côté, j'avais toujours eu recours au chloroforme pour cette opération pratiquée par moi, plus de quatre cents fois, tant sur l'enfant que sur l'adulte ; qu'en Allemagne, l'emploi du chloroforme était presque général et que, dans le cas en question, précisément en raison de la grande responsabilité qui pesait sur moi, je ne consentirais à opérer que dans les conditions que je tenais pour bonnes et auxquelles j'étais habitué. Comme je restais fermement attaché à mon opinion, malgré toutes les objections et me voyant d'ailleurs énergiquement soutenu par le Dr Schrader, sir Morell Mackenzie finit par céder, mais non sans avoir décliné, de nouveau, toute responsabilité à l'égard des accidents qui pourraient se produire pendant le sommeil chloroformique.

L'auguste malade se déclara disposé à accepter le chloroforme sur ma prière et celle du Dr Schrader.

Dans les premiers moments de l'administration du chloroforme, à laquelle je procédai avec lenteur et prudence, il se produisit, à plusieurs reprises, des suspensions respiratoires ; le cornage était très intense, ainsi que le tirage cervical et épigastrique, comme je le fis remarquer aux médecins présents. L'anesthésie se produisit, dans un temps relativement assez court et sans avoir été précédée d'une période d'excitation.

J'abandonnai alors le chloroforme au Dr Krause ; Schrader devait m'aider dans les détails de l'opération, tandis que Mackenzie surveillait le pouls à la main gauche et que le Dr Howell tenait deux cuvettes remplies d'éponges et de pinces hémostatiques. Ayant poussé sous les épaules un coussin fortement ficelé, en forme de rouleau, je cherchai à donner à la tête une position déclive, mais j'éprouvai à cela de grandes difficultés, car, dès que je voulais abaisser la tête, la respiration devenait pénible, en sorte que je dus la laisser dans une position presque horizontale. Dans l'espèce, ce détail n'était pas sans incon-

vénients, en raison de la profondeur à laquelle était situé le larynx (le cartilage crycoïde atteignant presque le jugulum) et en raison de la musculature très puissante du cou. Après avoir désinfecté le champ opératoire et rasé très soigneusement la région, jusqu'au-dessus de l'os hyoïde, je procédai à l'opération, pendant laquelle je prenais moi-même, d'une table voisine, les instruments, les pièces de pansement et tout ce qui m'était nécessaire. Après avoir pratiqué une incision de 6 centimètres, commençant sur le cartilage crycoïde et descendant jusqu'au delà du jugulum, je divisai la peau, ainsi que les fascias et, pénétrai, après hémostase et sans dévier de la ligne médiane, dans l'intervalle des deux muscles sterno-hyoïdiens, forts et saillants, jusqu'aux couches de tissu cellulaire qui forment l'enveloppe de la glande thyroïde. Ce dernier organe se montrait étroitement recouvert de nombreuses veines fortement distendues et pénétrait inférieurement, dans le jugulum, à une grande profondeur. En raison des difficultés que l'on rencontre à

découvrir la trachée, en pareil cas, au-dessous de l'isthme et, par-dessus tout, dans la crainte du danger de l'hémorrhagie à laquelle donnerait lieu l'ouverture de ces vaisseaux gorgés de sang, danger que l'on n'est pas toujours sûr d'éviter, malgré la plus grande prudence et qui réclame, en tout cas, une assistance plus nombrense que celle dont je disposais, j'adoptais la méthode de Bose qui consiste à sectionner, entre deux ligatures, les vaisseaux qui se dirigent vers l'isthme, de chaque côté de la trachée. Il me fut alors possible d'attirer suffisamment en bas le corps thyroïde, pour que la trachée fût dénudée jusqu'à son cinquième anneau. A ce moment survint une légère lipothymie, le visage de l'auguste malade devint blême, les pupilles larges, le pouls petit et lent; mais cet incident se dissipa rapidement. J'ouvris alors la trachée, après hémostase complète, *exactement sur la ligne médiane*, du troisième au cinquième anneau et, après m'être assuré qu'il n'était possible de voir, dans la trachée, à travers l'incision, rien d'anormal, notamment pas

trace de tumeur, à sa partie supérieure, j'introduisis une grande canule d'argent, avec pavillon mobile et mesurant 11 millimètres de diamètre, puis je tamponnai la plaie très profonde que je venais de faire, tout autour de la canule, avec de la gaze iodoformée et je la recouvris d'un simple tour de bande. *L'opération, y compris la chloroformisation, avait duré vingt minutes.*

Après l'achèvement du pansement, l'auguste malade s'éveilla, vomit une fois, puis se sentit mieux et m'exprima, à plusieurs reprises, ainsi qu'aux autres médecins, sa joie, de pouvoir maintenant respirer facilement et librement.

Aussitôt après l'opération, le Dr Schrader, qui remplissait, par intérim, les fonctions de médecin particulier du Prince, avait télégraphié au professeur de Bergmann, de la part des autorités supérieures, pour l'inviter à arriver de suite, bien que la trachéotomie eût été terminée avec succès. De même le Maréchal de la Cour, le Major de Lynker lui adressa

le télégramme suivant : « Leurs Altesses Impériales vous font prier de vous mettre immédiatement en route. » Un troisième télégramme, conçu d'une façon analogue, ne parvint à son adresse, par suite d'un retard, que plusieurs heures après avoir été lancé. Le télégramme adressé dès dix heures du matin pour mander le professeur, était, depuis deux heures, entre ses mains. A ce moment S. M. l'Empereur, informée de la nécessité de la trachéotomie, survenue dans l'intervalle, avait fait venir le professeur, pour l'interroger sur les résultats de l'opération et pour le prier de rester auprès de l'auguste malade, jusqu'à ce que la blessure fût fermée et le traitement chirurgical terminé. Après avoir reçu la nouvelle de l'heureuse terminaison de l'opération, Sa Majesté daigna parler de nouveau au professeur, et le pria de partir le plus vite possible, de lui fournir des rapports réguliers et, en prenant en considération l'état des forces du malade, de le faire revenir à Berlin, dès que sa position le permettrait.

Le professeur de Bergmann se mit en route

avec le Maréchal supérieur de la Cour, comte de Radolinski et arriva, à San Remo, dans la soirée du 11 février. Quelques minutes après son arrivée, il vit l'auguste malade qui produisit sur lui la meilleure impression. Le Prince offrait un aspect de fraîcheur et de force, était souple dans ses mouvements et exprimait sa satisfaction, non seulement à propos du succès de l'opération, mais aussi, au sujet de la prompte arrivée du professeur.

Le rapport qui suit est dû au professeur de Bergmann.

Les premiers jours qui suivirent l'opération avaient été favorables au malade. Les pièces de pansement placées au-dessous et au-devant de la canule étaient sèches et ne se montraient imprégnées ni de sang, ni d'aucun suintement provenant de la plaie. Pas de fièvre, le chiffre des respirations oscille entre 16 et 22. Le matin du 12, nous changeâmes la canule. Je pus me convaincre, après avoir enlevé les morceaux de gaze iodoformée entassés dans les angles de la plaie, du bon aspect de celle-ci, à tous les points de vue ; elle était parfaite-

ment droite, située exactement sur la ligne médiane et ne présentait ni engorgement, ni aucune trace d'inflammation. C'est une habitude chez moi, de ne pas laisser longtemps la première canule en place. Le mode de construction de la canule adoptée par moi s'oppose à toute pression sur les parois trachéales, grâce à sa courbure et à son mode d'union, avec son pavillon. Ce dernier est articulé avec le double tube, de façon à rester mobile dans toutes les directions, et à permettre à la canule de se déplacer, aussi bien dans le plan horizontal que dans le plan vertical. La courbure de la canule correspond, pour ses deux tiers supérieurs, au sixième environ d'une circonférence ayant 5 centimètres de rayon, tandis que le tiers inférieur se dirige en ligne droite, suivant la tangente à cette circonférence. Il va de soi que, dans ces conditions, si une pression est possible, elle ne saurait s'exercer que sur la paroi antérieure de la trachée ; mais cette pression, en raison de l'articulation mobile de la canule avec son pavillon fixé, comme on le sait, autour du cou, ne peut

se produire que si le malade vient à se pencher en avant. Dans la position debout ou couchée, la paroi trachéale est libre de tout contact. Malgré cela, je change la canule au bout de quelques jours et j'en introduis une autre, plus ou moins fortement courbée, plus ou moins longue ou courte, suivant les cas, prenant en considération la conformation individuelle du cou et modifiant les points de contact avec la plaie. Nous avions pris avec nous, dix-huit canules d'argent et de caoutchouc durci, de courbures et de longueurs différentes. Bramann avait choisi, parmi elles, les mieux appropriées aux proportions de la plaie et du cou. Celle que j'introduisis, en second lieu, se distinguait de la première qui mesurait une longueur de 9 centimètres, simplement par ce fait, qu'elle était plus courte d'un demi-centimètre et un peu moins fortement courbée.

Le 12 et le 13 février, on constata, au moment des quintes de toux qui survenaient, environ toutes les trois heures, des mucosités épaisses, brunâtres, expulsées spontanément

par la canule, ou que l'on retirait, en nettoyant la canule interne. Ces mucosités renfermaient de petits caillots d'un brun sale, ayant la dimension de grains de chanvre et aussi des stries et des goutelettes de sang frais. Cette expectoration était fétide. Cette dernière particularité avait déjà été constatée par le valet de chambre, durant les dernières semaines qui précédèrent l'opération, sur les produits expectorés, il est vrai, à de rares intervalles.

Le matin du 14 février, comme la toux avait été plus fréquente pendant la nuit, et que l'expectoration s'était montrée plus abondante, Mackenzie déclara dans la consultation médicale qui avait lieu, chaque matin et chaque soir, à 9 heures, que la présence du sang, dans les crachats, résultait de la pression exercée par la canule contre la paroi postérieure de la trachée. Je démontrai à mes collègues que le mode de construction de notre canule rendait impossible son contact avec la paroi trachéale et, ayant écarté les lèvres de la plaie, avec des crochets mousses, j'invitai Mackenzie à éclairer l'intérieur du con-

duit avec la lumière solaire et à se rendre compte que la muqueuse de la trachée était non seulement intacte mais même pâle, à la place incriminée. Du reste, les morceaux de gaze iodoformée introduits dans l'angle inférieur de la plaie ne présentaient pas trace de sang, ce qui excluait également l'hypothèse de granulations saignantes. A mon avis, les produits expectorés devaient s'être détachés du larynx. En effet il n'était plus possible de douter que le cancer fût entré dans la période d'ulcération, depuis qu'un fragment de tissu mortifié avait été expulsé, dans un effort de toux et depuis que la fièvre et la céphalalgie étaient apparues. En faveur de mon opinion plaidaient aussi l'aspect sanieux et la fétidité des petits caillots expectorés, ainsi que la présence d'une tâche noire de sulfure d'argent, sur la partie de la convexité de la canule externe tournée vers le larynx et devant être la première à recevoir les produits décomposés qui s'écoulaient de la partie inférieure de cet organe. Mackenzie persista dans sa résistance et chercha à me persuader de faire l'essai

de la canule de Durham, modifiée par lui.

Il en possédait un spécimen qu'il nous montra, mais il le déclara, lui-même, impropre au cas actuel, en raison de l'étroitresse trop grande de sa lumière, la viscosité des mucosités devenues de plus en plus abondantes, exigeant une canule de large calibre.

Je me figurais que nos divergences d'opinion, relatives à la présence de stries de sang, dans les crachats, ne sortiraient pas de notre cercle, jusqu'au moment où nous nous serions mis d'accord, aussi ne fus-je pas peu surpris d'apprendre, le même jour, à midi, que Mackenzie avait confié à Son Altesse, la princesse impériale, que la fréquence de la toux et l'expectoration brunâtre étaient causées par la canule défectueuse, introduite par moi, qui excoriait la muqueuse trachéale. Dans la soirée, Howell avait présenté au maréchalat de la cour deux croquis, dont l'un était destiné à mettre en évidence la pression causée par ma canule, tandis que l'autre exprimait aux yeux la position plus rationnelle que devait occuper celle de Mackenzie. Le jour suivant, on lisait dans

les journaux de Vienne et de Berlin, renseignés par les correspondants de Mackenzie (1) :

« San-Remo, 15 février, 10 h. 45 minutes, du matin.

La teinte sanguinolente des mucosités, observée, depuis deux jours, résultait d'érosions produites par la canule. »

Quand j'adressai à Mackenzie des remontrances, au sujet de ces communications, il ne les nia pas, mais il m'écrivit et cette fois en français (2)

« *Le correspondant de ces deux journaux qui a étudié la matière de la trachéotomie, au fond, croyait peut-être pacifier les esprits agités, en Allemagne, en s'exprimant d'une manière circonspecte en disant sur ce sujet :*

« De petits suintements sanguins ne sont pas

(1) Le correspondant en question faisait paraître, le 19 février, à Berlin, dans une feuille supplémentaire du journal, la communication suivante : « D'ailleurs sir Morell Mackenzie m'a dit : Vous même, aussi bien que le public des lecteurs, aviez assez l'occasion, depuis huit mois, de reconnaître que les informations de la *Tageblatt,* relativement à l'état du prince impérial, sont absolument authentiques. Il ajoutait qu'il n'autorisait personne à me démentir.

(2) En français, dans le texte allemand. (Note du trad.)

précisément rares, en pareil cas ; peut-être la canule est-elle défectueuse et sera-t-elle changée. »

Comme la chose fut manifeste à l'occasion de cette question de canules, toutes les décisions que les médecins avaient à prendre en commun se trouvaient gênées par ce fait, que l'avis de Mackenzie, considéré à l'avance comme devant prédominer, en raison de l'idée qu'on se faisait de sa vaste expérience, était communiqué aux autorités supérieures, voire même à l'auguste malade, avant que la question en litige eût été résolue par les médecins réunis en consultation, je dirai même, avant qu'elle leur eût été proposée. Nous ne rencontrâmes pas moins d'embarras, à propos du traitement, Mackenzie nous concédant, il est vrai, à Bramann et à moi, l'initiative des soins chirurgicaux post-opératoires, mais ne voulant pas admettre que nous dûssions être consultés relativement à l'opportunité des mesures qu'il lui paraissait convenable d'adopter, pour le larynx. Ainsi, à la consultation du matin du 17 février, nous ap-

prîmes, de sa bouche, qu'il avait pratiqué, le soir précédent, un examen laryngoscopique et qu'il avait pu se convaincre ainsi de l'absence de toute trace de sang à l'intérieur du larynx.

Bientôt après, les journaux de Berlin, déjà désignés, publièrent la nouvelle que le Prince pouvait mieux parler qu'avant l'opération, quant on venait à boucher la canule. J'adressai, de nouveau, à mon collègue, à ce propos, les plus vives remontrances et j'exigeai nettement de lui qu'il cessât désormais d'agir, de son propre chef, mais voulût bien n'intervenir, que de concert avec ses collègues choisis par Leurs Altesses; j'ajoutai qu'étant donnée l'opinion que je me faisais de l'origine des mucosités sanguinolentes, je considérais comme nuisible toute investigation obligeant le malade à des efforts violents d'expiration, que le plus complet repos me paraissait, au contraire, le seul moyen de ralentir le travail de décomposition dont le larynx était le siège. Mackenzie n'en soutint pas moins que lui seul devait être exclusivement chargé des soins à donner au larynx. Il exprima même cet avis,

sous la forme la plus vive, lors de la consultation qui eut lieu ultérieurement avec Kussmaul, bien qu'il eût consenti volontiers, en apparence, à ce qu'on appelât ce professeur.

Il écrivit, en effet, à cette occasion : « That I only asked the consent for Professor Kussmaul to make an examination of the lungs... I am ready to admit that Professor Kussmaul may be a better auscultator than I am. I shall be glad to learn his opinion, as to the state of the lungs, but I cannot admit that he is a laryngoscopist of the same standing as myself. »

(... que j'ai seulement demandé que l'on s'entendît pour charger le professeur Kussmaul de pratiquer l'examen des poumons... Je suis prêt à admettre que le professeur Kussmaul puisse être plus compétent que moi, en matière d'auscultation, mais ce que je ne puis admettre c'est qu'il soit un laryngologiste de la même valeur que moi.)

Ce fut là la raison sur laquelle il s'appuya pour ne pas assister à la première visite de Kussmaul. Il fallut des remontrances réitérées et même la gracieuse intervention de S. A. la

Princesse Impériale, pour lui faire concéder ce qui a toujours été le droit incontesté du médecin appelé en consultation : l'examen complet du malade. A la même époque, nous avions décidé, en commun, à la suite d'une consultation, d'administrer au malade quelques gouttes de laudanum, pour combattre une diarrhée intercurrente. Lorsque, peu de temps après, j'entrai dans la chambre du malade, je remarquai que le valet de chambre était occupé à faire prendre au Prince une cuillerée à soupe d'une toute autre mixture (une solution d'hematoïdine). Comme je demandais pourquoi l'on n'administrait pas les gouttes de laudanum, il me fut répondu que Mackenzie en avait décidé autrement. Ainsi, même quand il s'agissait de semblables ordonnances, ce collègue ne pouvait se résoudre à observer les décisions du conseil médical.

Cependant l'abondance de l'expectoration se modifiait considérablement. Il s'écoulait parfois, surtout dans la matinée, de 4 à 6 heures, sans que l'auguste malade toussât. Mais il se produisait alors des accès de toux violente, se

prolongeant parfois durant des minutes entières et à la suite desquelles jusqu'à un à deux grammes de pus sanieux étaient projetés sur les compresses disposées au devant du cou, ou s'accumulaient, dans la canule interne, en nécessitant le changement immédiat. Le 15 février, nous recueillîmes une quantité suffisante de ces produits d'expectoration pour pouvoir les soumettre à un examen microscopique minutieux. Nous y découvrîmes, outre des globules de pus et de sang, de nombreux corpuscules arrondis constitués, d'une façon non douteuse, par des couches concentriques de cellules épithéliales, et, dans leur voisinage immédiat, des fragments dentelés, composés de grosses cellules pavimenteuses. Sur quelques préparations, se montraient, en outre, de nombreuses fibres élastiques.

Le 12 février, Sir Morell Mackenzie avait écrit, dans le n° 8 du *Berliner Klinischen Wochen Schrift* de cette année : « A mon avis, les symptômes cliniques continuaient de concorder absolument avec l'hypothèse d'une tumeur non maligne, et l'examen mi-

croscopique cadrait également avec ce diagnostic » et plus loin : « En ce moment, la science ne me permet pas de songer à une autre maladie qu'à une laryngite chronique, associée à de la périchondrite. » Avant encore que ces lignes fussent imprimées à Berlin, le même chirurgien dont le diagnostic précis, émis, l'été dernier, *avait été si longtemps mis en doute*, fournissait, contre l'opinion de Mackenzie, un *argument scientifique péremptoire.*

Le 16 février, comme nous disposions déjà d'un nombre suffisant de préparations, j'invitai d'abord le Dr Krause et, par son intermédiaire, les deux collègues anglais, à se convaincre des résultats de notre examen microscopique. Krause se déclara convaincu, en opposition avec l'opinion différente que l'on s'était préparé à donner ; mais Mackenzie nous fit informer par lui qu'il ne se considérait pas comme compétent pour porter un jugement sur des questions d'histologie, ajoutant qu'en Angleterre on considérait comme indispensable de s'en remettre, pour ces choses

spéciales, au dire des anatomo-pathologistes.

Nous n'avions pourtant pas besoin du secours de l'anotomo-pathologiste. *Nous venions de fournir, en faveur de la malignité de l'affection laryngée, l'argument même* que Mackenzie eût seul persisté à réclamer jusqu'ici : *l'argument anatomique*. Au milieu de faisceaux de fibres élastiques et musculaires, se montraient enfouis des îlots cancéreux provenant manifestement de la profondeur et non de la surface des tissus. Le développement ainsi que la marche et les manifestations cliniques de la néoplasie et aussi la possibilité d'exclure toute autre lésion susceptible de présenter des analogies et d'être confondue avec un cancer laryngé, constituaient pour nous une preuve suffisante de l'exactitude de notre diagnostic. Nous n'avions jamais pu comprendre le raisonnement d'un médecin qui n'admettait son diagnostic comme assez solidement établi, pour lui dicter sa conduite, qu'après qu'il avait été confirmé par le scalpel de l'anatomiste, raisonnement qui, dans ses conséquences extrêmes, renvoyait le médecin der-

rière la table d'autopsie : Et voilà que cette exigence excentrique se trouvait satisfaite ! Chaque jour, en nous apportant de nouvelles préparations, *nous confirmait les deux faits suivants :*

1° *Le fait de l'existence du cancer.* 2° *Le fait de sa mortification.*

Plus ce dernier processus se prolongeait, plus nous trouvions de fragments de tissu décomposés, dans l'expectoration, plus riches se montraient les faisceaux élastiques et les fragments musculaires ; enfin, le 24 et le 28, on découvrait de petits morceaux de cartilages visibles à l'œil nu.

Mackenzie n'en continua pas moins à *accuser uniquement ma canule, d'avoir causé tous ces désordres ;* il se plaignit, auprès de la famille impériale, de l'opposition que je lui faisais, déclarant que l'emploi de ma canule, fermée du côté du larynx, etait un obstacle à là continuation des soins qu'il avait à donner à cet organe. Si, disait-il, on lui permettait d'appliquer son appareil, on verrait disparaître tous les symptômes menaçants, notamment la pré-

sence du sang dans les crachats. De même on pourrait, seulement alors, faire usage des insufflations de poudres et d'autres moyens indispensables à la guérison.

Les examens laryngoscopiques que j'avais pratiqués avec Mackenzie et mes autres collègues, pendant la troisième semaine après l'opération, nous avaient montré le vestibule du larynx si complètement oblitéré par deux gros bourrelets antéro-postérieurs, que, si l'on venait à boucher avec le doigt l'orifice de la canule, l'expiration ne laissait péniblement passer qu'un mince filet d'air, à travers l'étroit intervalle compris entre eux. De là l'aphonie de l'auguste malade. De là aussi l'impossibilité, pour le pus et la sanie cancéreuse, de remonter dans la bouche, ces produits ne trouvant d'issue qu'inférieurement, vers la trachée et la canule. Dans ces circonstances, comme on venait d'envoyer de Londres, dans l'intervalle, une canule suffisamment large (elle mesurait 12^{mm}), je proposai moi-même à Mackenzie de faire l'expérience de sa canule. Elle fut introduite, dans la soirée du 20 février. Elle se

distinguait de celles que l'on avait employées jusque-là par ce fait qu'elle était coudée à angle droit et se composait d'une portion horizontale non flexible et d'une portion verticale, constituée par une série de pièces articulées. Un pas de vis permettait de raccourcir ou d'allonger, à volonté, la portion horizontale.

La nuit qui suivit ce changement fut meilleure que la précédente. L'expectoration fut moins abondante et moins teintée de sang. Aussi les correspondants de journaux qui étaient traités comme des agents officiels furent-ils reçus, par Mackenzie, à l'hôtel Victoria, immédiatement après la visite faite en commun, dans la matinée du 21, et télégraphièrent-ils, dans toutes les directions, que la toux et les crachats sanglants avaient cessé, depuis l'emploi de la canule de Mackenzie.

Le *Standard* qui avait écrit, le jour précédent : « L'état du larynx est satifaisant, mais celui de la trachée est sérieux, grâce à l'erreur commise par les chirurgiens allemands, dans le choix des canules et le traitement de la plaie », annonçait maintenant triomphale-

ment : « Sir Morell Mackenzie désapprouva la canule, aussitôt qu'il la vit, et déconseilla à ses collègues de l'appliquer, en raison de l'irritation qu'elle occasionnerait dans la trachée du Prince. Naturellement ceux-ci persistèrent dans leur avis et ne se laissèrent pas persuader. La canule fut donc introduite. Au bout d'un ou deux jours se produisit ce que Sir Morell avait annoncé : Le Prince rejeta des mucosités mêlées de sang, la muqueuse ayant été perforée par l'extrémité de la canule, en contact avec elle. Cet état dura depuis le jeudi 9 jusqu'au lundi 28; pendant toute cette longue période le Prince ne cessa de tousser et cette toux était si pénible, particulièrement pendant la nuit et troublait tellement le sommeil du malade, que les Allemands eux-mêmes commencèrent à douter de leur sagesse. Le même soir ils consentirent à cèder et, retirant leur canule, ils permirent à Sir Morell d'introduire la sienne. Ce fut là la seconde phase de cet épisode. Quel en fut le resultat? La nuit amena un « sommeil réparateur », ce que les médecins allemands durent eux-mêmes reconnaître

dans leur bulletin ». Le 25 février, c'était le tour du *British méd. journal.* « Le Kronprinz, disait cette feuille, commence à faire des progrès satisfaisants. La cause des symptômes locaux défavorables avait une origine purement mécanique, la première canule introduite dans la trachée étant défectueuse,..... mais nous apprenons que ces difficultés ont été aplanies, une canule plus grande, construite ici, tout exprès, a été mise en place et, depuis, l'irritation produite par l'autre canule, qui était mal en place, a complètement disparu. » Cependant le *British méd. journal* se trompait. Le 25 février, la situation changea du tout au tout. La bonne nuit du 20 au 21 fut suivie d'une journée moins bonne. Dans l'après midi, la toux fut fréquente, de même que pendant les premiers jours et les nuits qui suivirent. Cela tenait, j'en suis persuadé, à l'irritation causée par les insufflations faites avec des poudres de nitrate de bismuth, de tannin et de morphine. L'expectoration resta abondante et brunâtre et présenta, par intervalle, une plus grande proportion de sang frais qu'auparavant.

A l'occasion d'une exploration minutieuse de la plaie, Howell prétendit que la plaie trachéale ne correspondait pas à la ligne médiane, d'où une pression et une irritation exercées par la canule ; mais la faute était à l'incision vicieuse, si cette irritation permanente se produisait, même avec la canule anglaise. Cette assertion fut aussitôt reproduite dans quantité de journaux anglais et allemands ; mais c'est dans le journal le *World* qu'elle trouva son expression la plus énergique : « La vraie cause de toutes les souffrances du malade, disait cette feuille, résidait dans la façon défectueuse dont la trachée avait été ouverte. L'opérateur, perdant la tête, avait fait une longue incision au cou, alors qu'une petite était indiquée ; il était tellement nerveux qu'il avait eu la plus grande peine à trouver la trachée, et qu'il l'avait ensuite ouverte beaucoup trop sur le côté droit, au lieu de la ligne médiane ; rien d'étonnant, par conséquent, si l'on éprouvait tant de difficultés à trouver une canule convenable. »

Le *British med. Journal* lui-même se mit

au service d'Howell, pour appuyer son histoire fantastique de l'incision latérale. On lisait, en effet, dans son n° 1419 : « Nous répétons que le mauvais état de l'auguste malade, constaté dernièrement, résultait presque exclusivement de la difficulté à bien placer la canule. Il semble, chose bien compréhensible en pareille circonstance, que l'opérateur ait été quelque peu nerveux et, comme la trachée avait été ouverte sensiblement à droite de la ligne médiane, on a eu beaucoup de peine, depuis, à trouver une canule convenable. Sir Morell Mackenzie, aidé de Mark Howell et du Dr Evans, le dentiste bien connu de Paris, a passé presque toute une journée à construire une canule spécialement appropriée aux exigences du cas. Depuis que cette dernière a été mise en place, le Kronprinz se trouve mieux, à tous les points de vue : il dort, la toux a diminué, et l'expectoration a perdu le caractère sanguinolent qui avait éveillé tant d'alarmes. » *Il est pourtant* FAUX *que cette modification favorable de l'expectoration (ainsi qu'en font foi les rapports relatifs à cette phase de la ma-*

ladie) se soit produite jusqu'à la mort.

Le 4 mars et le 16 avril, le professeur Waldeyer constata les mêmes crachats sanguinolents et la présence, dans les produits expectorés, des mêmes fragments mortifiés que nous avions constatés d'un jour à l'autre.

La nuit du 22 au 23 février avait été particulièrement mauvaise. La proportion du sang dans les crachats était devenue d'une abondance frappante, au point que cela me faisait songer à la possibilité d'une hémorrhagie intrapulmonaire, résultant du ramollissement d'un noyau cancéreux secondaire de cet organe. Le Dr Schrader ayant veillé cette nuit-là, sir Morell osa soutenir que c'étaient les mains maladroites de son collègue qui avaient causé cette aggravation, au moment du changement de la canule. Cet épisode trouva encore un écho dans le *Standard* et dans d'autres journaux, comme l'atteste la phrase suivante : « Si l'on avait permis au Dr Howell de venir, non pas deux fois seulement, pendant la nuit, pour rectifier la position de la canule, mais de rester aussi auprès du Prince, le repos de l'auguste

malade n'aurait pas été troublé. » En fait, Mackenzie exigea que le soin de veiller le Prince fût confié à lui-même et à Howell, ajoutant que, dans ces conditions, on n'aurait pas à se plaindre de la nouvelle canule.

On obtempéra à son désir, mais l'expectoration recommença à augmenter, et la proportion du sang y devint plus manifeste.

Mackenzie en convint lui-même, au moment de la visite matinale du 24, lorsqu'il présenta ses excuses à Schrader et me dit, en présence de ses autres collègues, qu'il avait pu se convaincre que sa canule ne produisait pas une moindre irritation que la mienne. Il ajouta qu'il avait l'intention d'y apporter des modifications destinées à la mieux approprier aux circonstances, et que, jusque-là, je pouvais de nouveau introduire la mienne.

L'état de l'auguste malade ne se modifia pas, bien que les poudres les plus diverses fussent insufflées dans le larynx, soit par la bouche, soit par la partie supérieure de la canule. Il y eut, par intervalles, des périodes de plusieurs heures consécutives de sommeil, et des jour-

nées passables, pendant lesquelles Son Altesse Impériale faisait des promenades dans le jardin ou restait assise sur le balcon. Comme le bon état général n'était troublé, d'une façon exceptionnelle d'ailleurs, que par une certaine élévation thermique, vespérale et des douleurs de tête, l'appétit était également satisfaisant. A plusieurs reprises, il fut troublé par des douleurs, en avalant, qui irradiaient vers la tempe et l'oreille du côté gauche.

L'abondance de l'expectoration, bien que j'eusse pratiqué, sans grand résultat, la percussion et l'auscultation, me portait à songer à *la possibilité d'une complication pulmonaire*. Les crachats offraient, de temps en temps, l'aspect d'une gelée de groseille, et l'auguste malade avait accusé, à plusieurs reprises, des élancements sous la clavicule gauche et sur tout le côté gauche du thorax. L'existence d'un processus gangreneux, dans le larynx, ayant été établie, depuis le mois de janvier, on pouvait supposer que, depuis lors, des produits de ce travail avaient été entraînés, par aspiration, dans les voies aériennes. En

fait, on pouvait s'attendre, de jour en jour, au dévoloppement d'une bronchite putride, avec foyers péribronchiques. A la vérité, l'hypothèse de noyaux cancéreux, secondaires, parvenus au stade d'ulcération, me paraissait plus vraisemblable. Je fis part de ces réflexions à mes collègues, lors de la consultation du 24, attirant leur attention sur les compresses abondamment imprégnées et recouvertes de produits d'expectoration bruns, ou de teinte groseille, après avoir été étendues, pendant la nuit, au-devant de l'orifice de la canule. Si mes soupçons, relativement à une complication pulmonaire, étaient fondés, on devait se préoccuper de la possibilité d'une aggravation rapide, et, quant à moi, cette préoccupation me faisait réclamer la présence d'un collègue spécialement compétent dans les affections internes. J'ajoutai que si, comme j'en étais convaincu, nous étions en présence d'un cancer, en pleine mortification, le laryngologiste n'était plus ici à sa place, surtout au moment où l'affection menaçait de se généraliser et que, désormais, il me semblait qu'un médecin in-

terne dût être chargé de la direction du traitement.

Il fut décidé unanimement par les médecins d'exprimer à Leurs Altesses Impériales le désir de prendre l'avis de Kussmaul et, ce vœu ayant été aussitôt favorablement accueilli, je télegraphiai, à l'heure même, à Strasbourg, de la part de Leurs Altesses.

Le 25 février, le D[r] Kussmaul arriva.

Il a rédigé lui-même le résultat de son examen, dans les termes suivants :

Sur l'ordre de Son Altesse la Princesse Impériale, je partis, le 24 février de cette année, pour San Remo, où j'arrivai, le 25 février, dans la soirée. Là, j'appris, tout d'abord, de la bouche du professeur de Bergmann, que j'avais été mandé pour pratiquer l'examen de la poitrine de Son Altesse Impériale et pour déterminer, s'il était possible, la provenance des crachats sanguinolents que Son Altesse rejetait par la canule, depuis la trachéotomie et, en particulier, s'ils tiraient leur origine des poumons.

Le 26 février, on me montra, le matin, de

très bonne heure, environ 100 grammes de produits expectorés durant la dernière nuit. La plupart de ces crachats étaient d'un rouge groseille et paraissaient composés d'un mélange, en proportion à peu près égale, de sang et de mucosités; un seul était grisâtre et ressemblait à du pus décomposé. Ce crachat examiné au microscope se montra composé de pus, sans mélange; les mucosités rougeâtres étaient, en grande partie, constituées par des globules de sang et des leucocytes; on y trouvait, en outre, de nombreuses granulations pigmentaires, des cellules épithéliales isolées ou adhérentes, de formes variables, enfin des cellules arrondies et transparentes et des corps granuleux isolés; sur une seule préparation, se trouvait une accumulation de globules épithélioïdes, quelques-uns plutôt ronds, d'autres plutôt allongés; j'en comptai plus d'une douzaine, sur un tout petit fragment.

Comme me le confia le Dr Bramann, à l'exception d'un seul jour, où l'examen n'avait pu être prolongé, on avait trouvé, chaque jour, de semblables globules dans les crachats san-

guinolents, et cela depuis douze jours. Il me montra un certain nombre de préparations conservées qui toutes renfermaient de ces globules, en quantité variable.

Il avait en outre conservé deux préparations, où se voyaient des faisceaux élastiques. Ceux-ci n'offraient pas la disposition alvéolaire qui s'observe, sur les produits expulsés des abcès ou des cavernes pulmonaires. Sur une préparation, ils m'offrirent l'aspect d'un feutrage confus, sur une autre, où ils étaient particulièrement nombreux, ils s'entrelaçaient, en affectant une disposition fasciculée.

Vers neuf heures, j'eus l'honneur d'être reçu par la Princesse Impériale et, bientôt après, le Prince. J'avais eu l'occasion de voir le Prince lors du 500e jubilé anniversaire de de l'université d'Heidelberg. Autant il m'avait paru alors florissant de force et de santé, autant je le trouvai, cette fois, amaigri et le teint décomposé, n'ayant conservé, sur son visage, que l'expression de son inaltérable et séduisante affabilité. Il se pouvait que cet aspect défavorable résultât d'une abondante

diarrhée survenue, depuis quelques jours, au détriment du repos de la nuit; en outre, l'appétit était mauvais, les aliments solides étaient repoussés, enfin la toux venait encore, par intervalle, ajouter de nouvelles souffrances à toutes les précédentes. Quant à la fièvre, elle ne s'était encore montrée qu'à un degré très modéré.

Son Altesse Impériale souffrait plutôt auparavant de constipation; la diarrhée qui se manifestait, au dire du Dr Schrader, plutôt par des selles en bouillie, que par un flux liquide, fut attribuée à l'usage du porter.

Je procédai maintenant à l'examen de la poitrine, après avoir préalablement exploré le pouls, ainsi que la région cervicale. Le pouls ne m'offrit pas d'autre particularité qu'une légère accélération. Au niveau du cou et, notamment, du larynx, je ne pus constater l'existence d'une tumeur quelque peu volumineuse; à gauche, contre le larynx, je crus sentir, dans la profondeur, un petit ganglion lymphatique, tuméfié. La plaie trachéale me parut bien cicatrisée; la muqueuse de la paroi

postérieure de la trachée, autant que l'œil pouvait l'explorer, était seulement un peu injectée, mais non ulcérée.

Les mouvements respiratoires de la cage thoracique avaient lieu, avec la régularité normale. La percussion donna aussi, partout, des résultats négatif. Par l'auscultation, je perçus, des deux côtés, jusqu'à l'extrême limite inférieure des poumons, un murmure vésiculaire parfaitement clair et pur ; en haut et en arrière seulement, je constatai un léger souffle bronchique, lors des fortes inspirations. Nulle part, je ne pus découvrir trace de râles ; pourtant, en arrière du sommet gauche, je perçus une crépitation inspiratoire fugitive. La fréquence respiratoire s'était élevée, dans les derniers jours, à 20, ou 23.

Le Dr Mackenzie n'avait pas assisté à cet examen. Il avait exprimé le désir que l'on me confiât seulement l'examen de la poitrine, mais non celui du larynx. J'allai le trouver et j'obtins, de lui, l'autorisation d'examiner le larynx, en sa présence ; cette exploration eut lieu, dans l'après-midi, à trois heures. Tout

ce que je pus voir c'est que l'épiglotte n'était pas épaissie; derrière elle, dans la région aryténoïdienne, se trouvaient deux saillies hémisphériques, plates, qui ne me permirent pas d'inspecter l'intérieur du larynx.

Le 27 février, j'examinai, de nouveau, l'expectoration, avec le Dr Bramann. Le malade n'avait rejeté, pendant la nuit, que quelques mucosités rougeâtres, mais pas de pus. Après avoir vainement recherché l'existence de globules épithélioïdes, sur un grand nombre de préparations, j'en trouvai une assez grande quantité sur une seule.

Ce même jour, le Prince daigna m'autoriser à examiner, de nouveau, sa poitrine. Je trouvai tout en ordre, comme la veille; je perçus seulement, une seule fois, un rhoncus passager, à droite, en arrière et inférieurement, entre l'omoplate et la colonne vertébrale.

M'appuyant sur cette constatation, j'arrivai à la conclusion que l'expectoration sanguinolente ne provenait ni des poumons, ni des bronches; j'invoquai, pour cela les arguments suivants :

1° A part quelques crépitations perceptibles par intervalles, et des rhonchus isolés, l'exploration de la poitrine n'a rien révélé d'anormal. Il ne faut attacher aucune importance aux signes légers constatés ; il y a plutôt lieu de s'étonner de ne pas percevoir de râles plus fréquents et plus abondants, sur un malade trachéotomisé. Les bruits perçus s'expliquent naturellement par la présence, dans les petites bronches, de quelques mucosités descendues des voies supérieures.

2° Les mucosités sanguignolentes expulsées depuis quatorze jours par la canule ont présenté, à deux reprises, des fibres élastiques qui se rapportent certainement à un processus ulcératif. A en juger d'après leurs dispositions, elles ne proviennent pas des poumons.

3° Nous avons, en outre, constaté, 13 jours sur 14, des globules épithéliaux. En raison de la persistance de ces symptômes et du grand nombre des globules observés, je me crois autorisé à admettre qu'il s'agit, ici, d'un néoplasme de nature épithéliale, parvenu à la période d'ulcération.

4° Cette tumeur ne peut avoir son siège ni dans les poumons, ni dans les bronches. Contre cette localisation plaide non-seulement la disposition déjà signalée des faisceaux élastiques contenus dans les crachats, mais encore l'absence de signes physiques, suffisants du côté de la poitrine.

Une néoplasie ulcérée, située dans les poumons ou dans les bronches et donnant lieu, d'une façon continue, à l'expulsion de crachats sanglants, avec fibres élastiques et globules épithéliaux abondants, devait, quel que fût son siège dans la poitrine, donner lieu à quelques symptômes soit de rétrécissement, soit d'occlusion des bronches, ou à des signes d'induration ou d'excavation dans les poumons. On devrait s'attendre à trouver, au moins, en quelques points du thorax, soit un affaiblissement limité, soit une rudesse du bruit respiratoire, soit encore des sifflements, des râles, ou autres signes semblables.

5° La trachéoscopie pratiquée par M. Mackenzie ne lui ayant permis de constater, dans le conduit aérien, aucune lésion (ulcération ou

tumeur), capable d'expliquer l'expectoration sanglante, il ne reste à invoquer, comme causes de ces symptômes, que l'ulcération de la tumeur épithéliale du larynx. Les mucosités formées, dans le larynx, descendent entre la canule et les parois trachéales et sont rejetées par les quintes de toux, à travers la canule.

Je ne dissimulai pas à M. Mackenzie que j'étais obligé de considérer la tumeur laryngée comme épithéliale et de mauvaise nature. Mon collègue, sans contester la possibilité de cette hypothèse, refusa toutefois de la regarder comme certaine. Si je l'ai bien compris, son avis était qu'il pouvait s'agir d'une néoplasie épithéliale, de bonne nature, qui s'était compliquée d'une ulcération profonde de la muqueuse et de périchondrite. A la vérité, je ne sache pas que de semblables complications aient été jamais observées, en cas de tumeurs épithéliales bénignes. L'évolution entière du mal ne plaide pas en faveur de cette interprétation.

Les derniers échanges de vue, entre Kussmaul et Mackenzie, avaient encore montré que

ce dernier restait toujours attaché à son idée d'une tumeur non cancéreuse ; mais il avait déclaré que, si une autorité comme Virchow, venait confirmer l'interprétation que de Bergmann et Bramann avaient donnée de leurs préparations, il se tiendrait pour convaincu. Virchow se trouvait alors en Égypte ; il ne fallait donc pas songer à s'adresser à lui et nous dûmes proposer une autre autorité. Vers cette époque, après toutes espèces de combinaisons pour courber les canules de différentes façon, ou les envelopper d'une couche mince de gomme, un accord avait fini par s'établir, sur la question de la canule, au point que Mackenzie lui-même s'était déclaré satisfait de l'uue des dernières introduites. En outre, la plaie était déjà depuis longtemps cicatrisée autour de la canule. Je pouvais donc considérer mon rôle comme terminé, relativement à la direction du traitement chirurgical, post-opératoire. J'annonçai ma résolution d'emporter, avec moi, mes préparations à Berlin, pour les soumettre au professeur Waldeyer, une des autorités universellement reconnues,

pour ce qui concerne la question de la genèse du cancer. Mackenzie approuva ma détermination et promit de se rallier au jugement porté par Waldeyer.

Le matin du 28 février, je pris congé de leurs Altesses Impériales et je me disposais à me mettre en route, lorsque un ordre de S. M. l'Empereur, envoyé par télégramme, me retint à San-Remo. Sa Majesté exprimait le désir que je restasse jusqu'à l'arrivée de S. A. R. le Prince Guillaume (qui devait avoir lieu le matin du 2 mars), *et que je cherchasse à obtenir la promesse formelle du prompt retour de l'auguste malade à Berlin.*

Je ne vis qu'un moyen d'obtempérer, sans retard, au vœu de Sa Majesté : Convaincre Mackenzie de l'exactitude du diagnostic cancer. Je pensais parvenir ainsi à vaincre ses résistances contre le retour du Prince qui, d'ailleurs, ne devait pas s'effectuer immédiatement à Berlin, mais tout d'abord à Baden-Baden ou à Wiesbaden. Je priai donc Waldeyer, en faisant intervenir l'influence du Dr Leuthold, médecin particulier de l'Empereur, *de vouloir*

bien se rendre à San-Remo. Le professeur Waldeyer arriva le soir du 3 mars et consacra le jour suivant aux examens les plus minutieux, dont le résultat fut la plus complète confirmation de l'opinion que nous avions émise, à la suite de nos recherches microscopiques.

L'opinion du professeur Waldeyer est formulée dans les lignes suivantes :

« Me rendant à l'invitation que m'avait adressée le médecin particulier de Sa Majesté, le Dr Leuthold, je me rendis, le 1er mars de cette année, à San-Remo, afin de pratiquer l'examen des produits expulsés par la canule introduite dans la trachée de S. A. le Prince Impérial d'Allemagne et afin de contrôler les préparations microscopiques dues aux docteurs de Bergmann et Bramann.

Le 4 mars au matin, je reçus, des docteurs dejà nommés :

1° Un certain nombre (environ une douzaine) de préparations microscopiques, montées dans la glycérine ;

2° Dans une petite coupe en verre, une par-

tie des crachats expectorés dans la nuit du 3 au 4 mars ;

3° Le matin du 5 mars, un morceau de toile à pansement, contenant des produits récemment rejetés par la canule.

Les préparations microscopiques mentionnées au n° 1 avaient été, en grande partie, colorées avec le brun Bismarck, afin de mettre les noyaux en évidence. Dans l'espèce, ce procédé de coloration parut avoir fort bien réussi et avoir atteint son but. Parmi les éléments histologiques, on observait, sur ces pièces, outre des masses en détritus, des microbes, des leucocythes et des globules rouges de sang :

(*a*) Des cellules ayant les caractères des cellules d'épithélium plat, disposées en couches concentriques, de façon à former, par leur union, des glomérules arrondis, légèrement allongés.

(*b*) De grosses cellules isolées, ayant les mêmes caractères ;

(*c*) Des fibres fines, plus ou moins foncées, ou claires (sur quelques préparations seulement) ;

(*d*) Des cellules granuleuses, sombres, clairsemées, généralement appelées corpuscules granuleux.

Les glomérules à couches concentriques mentionnés à la lettre (a) se montraient, soient isolés soit groupés, au nombre de dix ou plus, au milieu de détritus, de leucocytes et de globules rouges. Les cellules occupant la périphérie des couches concentriques étaient aplaties et disposées comme les feuillets d'un oignon, tandis que le milieu du glomérule était occupé par quelques cellules plus arrondies, parfois de forme vésiculaire, et réfringentes. Assez souvent, on voyait deux ou trois ou plus de ces glomérules disposés en traînées comme des perles et enveloppés, à leur tour, les uns et les autres, d'une couche concentrique commune de cellules plates, semblables à celles qui occupaient la périphérie de chaque glomérule considéré individuellement, tous ces éléments formant, par leur réunion, une masse allongée, de forme conique. Par une légère pression ou par des tiraillements, on arrivait facilement à dissocier et à isoler les éléments

constitutifs des glomérules en question. On pouvait constater nettement qu'ils étaient formés par l'assemblage de grandes cellules plates distinctement limitées, les unes par rapport aux autres. Presque dans chaque cellule, on pouvait voir un noyau coloré par le brun Bismarck ; mais on reconnaissait également les noyaux, d'une façon non douteuse, sur les préparations non colorées. Ces cellules présentaient absolument, au point de vue de la conformation, de la grosseur et la réfringence, tous les caractères des cellules épithéliales plates, telles qu'on les observe sur les muqueuses pourvues d'épithélium plat, par exemple, les cordes vocales vraies du larynx et dans les tumeurs cancéreuses désignées sous le nom de « cancers à épithélium plat » ou « cancroïdes ».

Le nombre des glomérules et des masses coniques sus-mentionnées, était très considérable ; ils ne manquaient dans presque aucune préparation, non moins dans celles de MM. de Bergmann et Bramann, que dans celles fraîchement montées par moi. Comme je l'ai fait remarquer, ils étaient généralement réunis en

foyer et, sur un grand nombre de préparations, on pouvait compter jusqu'à vingt de ces glomérules, dans le champ du microscope, avec un grossissement de 100 diamètres.

Les cellules trouvées à l'état d'isolement et disignées à la lettre (*b*) offraient les mêmes particularités et se distinguaient facilement des leucocytes.

Les « fibres » mentionnées en (*c*) (d'après la communication du D[r] Bramann, car elles manquaient sur mes préparations faites avec des crachats frais) n'étaient pas modifiées par l'addition d'acide acétique ; ce fait, rapproché de leur forte réfringence et de leur parcours en partie sinueux, en partie rectiligne, permettait de reconnaître, en elles, des « fibres élastiques ».

Ces fibres ne présentaient, nulle part, cette disposition typique par suite de laquelle l'élément revenant dans son parcours, continuellement et régulièrement, décrit une série de petites boucles arrondies.

D'autres fibres, offrant un trajet plus sinueux, formaient de petits faisceaux et présentaient

une moindre réfringence; elles devaient être considérées comme des « fibres conjonctives ».

Enfin les cellules à noyaux granuleux, mentionnées en (*d*), ainsi que les microbes et les leucocytes, s'observent dans presque tous les crachats provenant d'une enflammation des voies aériennes et n'offrent, dans l'espèce, rien de caractéristique. En revanche il est important de signaler la forte proportion de globules rouges constatés, sur chaque préparation.

Les produits examinés par moi, à l'état frais, (4 et 5 mars), offraient une consistance visqueuse et une coloration rouge dominante, au milieu de laquelle ressortaient quelques points isolés, d'un gris jaunâtre, ayant l'aspect du pus. Sauf une exception que nous ne tarderons pas à mentionner, on n'y constatait pas d'éléments solides, à l'œil nu, ni par des tentatives de tiraillements ni en plongeant la masse dans des solutions diverses (eau distillée, acide acétique étendu, lessive de potasse, glycérine).

L'examen microscopique ne fournit les même résultats que pour les préparations des

docteurs de Bergmann et Bramann. Je dois cependant faire ressortir que les nombreux globules sanguins, qui s'y montraient, étaient aussi intacts que s'ils venaient de sortir de la veine et que les fibres manquaient, ainsi qu'il a déjà été dit.

Dans la masse expectorée, recueillie sur les pièces à pansement, on notait un fragment dur de la grosseur d'une forte lentille, de forme irrégulièrement anguleuse, qui, aussi bien au point de vue macroscopique que microscopique, présentait les caractères du « cartilage hyalin ».

Sur des fines coupes de ce fragment, on remarquait que l'une des surfaces était unie et garnie d'un feutrage de fibres conjonctives et élastiques. Au dessous de cette surface, les cellules cartilagineuses superficielles étaient aplaties et disposées parallèlement à la surface. Les autres surfaces semblaient comme finement rongées et pourvues d'encoches et de dépressions rappelant les lacunes du tissu osseux décrites par Howship. Dans ces lacunes se trouvaient des masses de détritus et des

cellules rondes, mélangées d'éléments plus grands, ressemblant complètement a des cellules épithéliales. En un point, ces cellules épithéliales étaient accumulées en une masse arrondie.

Des constatations précédemment exposées, en tenant compte de ce que les produits examinés provenaient d'une canule placée dans la trachée, je tire les conclusions suivantes :

1° *Les glomérules à couches concentriques (oignons, perles ou masses coniques) sont incontestablement des « glomérules cancroïdes » et proviennent d'une néoplasie cancéreuse.*

Dans ce sens plaident : 1° Leur disposition. 2° Leurs dimensions et leur forme. 3° Leur grand nombre. 4° L'impossibilité de les rattacher, dans l'espèce, à aucune production normale, ou à toute autre formation pathologique.

2° La néoplasie cancéreuse (pourvu que les voies aériennes ne communiquent pas avec un foyer cancéreux situé ailleurs) doit siéger dans les voies aériennes.

3° Cette néoplasie a vraisemblablement son

siège au-dessus de la canule, dans le larynx.

En faveur de cette assertion nous invoquerons : (*a*) La composition des glomérules observés, consistant en une réunion de cellules épithéliales plates, étant donné ce fait d'expérience, que les cancers, à épithélium plat, des voies aériennes, tirent généralement leur origine de l'épithélium plat des cordes vocales, (vraies) ; (*b*). Le fait que l'on ne constate, sur aucune des préparations, une disposition alvéolaire des fibres élastiques (le contraire devrait faire songer à une néoplasie siègeant dans les poumons) ; (*c*). La fraîcheur des globules sanguins observés (cette particularité n'a pourtant, en elle-même, rien de péremptoire ;) (*d*). Les dimensions du fragment cartilagineux contenu dans l'expectoration du 5 mars ; il serait difficile, en effet, d'extraire des cartilages trachéo-bronchiques un fragment semblable au fragment en question, dont les trois dimensions étaient à peu près égales.

4° Le néoplasme cancéreux doit être parvenu à une phase avancée de la période ulcéreuse et nécrosique ; ce processus a déjà envahi

profondément l'organe atteint, le larynx.

Cette dernière assertion repose sur deux points (a). La présence, dans les produits examinés, de nombreux glomérules cancéreux isolés, accompagnés des détritus de pus et de sang; (b) la présence (dans les préparations de Bramann) de fibres élastiques et conjonctives; (c) La présence de fragments cartilagineux, présentant des lacunes de résorption.

Ici, le rapport se continue par les communications suivantes du professeur de Bergmann :

« Je mis Mackenzie en présence de Waldeyer qui lui exposa, de la façon la plus détaillée, la valeur des constatations microscopiques, pour le diagnostic du cancer et lui fit voir ses préparations. Mackenzie répondit, de nouveau, comme il l'avait déjà fait, le 9 novembre, qu'il ne conservait plus maintenant aucun doute relativement à l'existence d'un cancer. J'insistai alors, auprès de lui, sur la nécessité du retour du Prince, et fus assez

heureux pour obtenir de lui, par écrit, l'assurance suivante :

« Je soussigné, prends l'engagement d'user de mon influence, pour hâter le retour de S. A. le Prince Impérial, en Allemagne, dès que des symptômes graves se produiront dans son état et, dans tous les cas, de conseiller ce retour, dès l'apparition des premières chaleurs.

« MORELL MACKENZIE. »

Dans la communication médicale suivante, je communiquai le résultat des recherches de Waldeyer, ainsi que la façon dont Mackenzie avait reconnu leur valeur. Maintenant qu'une parfaite entente régnait entre les médecins, relativement à la question du diagnostic, je cherchai à obtenir le même accord, sur les points les plus importants du traitement. Mackenzie avait récemment fait venir, d'Angleterre, une nouvelle canule, construite d'après le principe de la première qu'il avait proposée et il l'avait introduite dans la trachée, le 20.

Cette canule se distinguait toutefois de la première, en ce qu'elle était un peu plus longue et plus large et courbée à angle obtus, au lieu d'être coudée à angle droit; en somme moins différente de celle que nous avions appliquée nous-mêmes. Je déclarai adopter cette dernière innovation, mais je demandai qu'on renonçât, une bonne fois, aux changements et aux essais multiples de canules dont on avait tant abusé, durant ces derniers temps et, quant aux insufflations de poudres caustiques ou autres, si l'on ne voulait les supprimer complètement, qu'on en réduisît au moins l'emploi au minimum. Comme nous étions d'accord sur tous les points et que Mackenzie m'avait prié de confier à Bramann la continuation de mes soins chirurgicaux, lors de mon départ, je me disposai à faire mes préparatifs de voyage.

Notre dernière consultation aboutit à la rédaction du bulletin suivant, daté du 6 mars, qui devait donner lieu à des interprétations si diverses :

« Les soussignés déclarent qu'aucune di-

vergence de vue ne les sépare relativement à la nature et au pronostic de la maladie de S. A. le Prince Impérial d'Allemagne. Ils ne croient pas à l'imminence d'une évolution périlleuse.

« La direction unique et responsable du traitement se trouve, comme avant l'opération, entre les mains du soussigné Morell Mackenzie. »

Après toutes les assurances données à l'auguste malade que les médecins s'étaient trompés lors de leur consultation du 9 novembre et qu'il ne s'agissait que d'une simple affection laryngée justiciable de la trachéotomie, j'avais proposé que l'on tînt secrète l'opinion de Waldeyer, ce dont Mackenzie m'avait remercié. En fait, jusqu'à ces derniers temps, la presse n'a rien su de notre diagnostic, ainsi que des constatations anatomiques de Waldeyer. Les journaux interprétèrent la teneur du bulletin comme une confirmation de l'opinion optimiste de Mackenzie.

On sait les événements graves qui suivirent

le 6 mars. Le matin du 10 mars, l'Empereur Frédéric III se mit en voyage et il arrivait à Charlottenbourg, le soir du 11.

Huit jours après le retour de l'Empereur, je reçus, du médecin particulier, le Dr Wegner, l'invitation écrite, d'examiner Sa Majesté et de prendre part au traitement de la maladie, après que Mackenzie, en vertu d'un décret impérial, avait été exclusivement chargé de la direction responsable de ce traitement. Mes premières visites eurent lieu, le 18 et le 25 mars. A la faveur d'un bon éclairage solaire, je pratiquai l'examen du larynx. L'épiglotte était toujours intacte ; seulement le bourrelet situé au voisinage du repli ary-épiglottique gauche avait grossi et s'était élevé ; on constatait, en outre, une petite ulcération, à sa face médiane. Quant à la cavité du larynx, le regard ne pouvait y pénétrer, L'élargissement du larynx, perceptible à la palpation, avait augmenté dans des proportions non douteuses. En outre, une infiltration dure s'étendait, le long de la trachée, depuis le cricoïde jusqu'au bord supérieur du canal formé par la plaie et occupé par

la canule et enserrait cette dernière, sur les côtés. L'espace compris entre la canule et le sternum était encore libre. Les caractères de la toux et de l'expectoration étaient les mêmes qu'à San Remo. Le 25 mars, les pièces de pansement présentaient d'abondants caillots ichoreux, brunâtres. Le 29, le malade avait rejeté un assez gros morceau de cartilage et, quelques jours après, un grand nombre de lambeaux de tissu nécrosé. Ce détail fournit aux reporters, qui étaient directement renseignés, au château de Charlottenbourg, l'occasion de mentionner une crise bienfaisante, dans la marche de la maladie. Le séquestre cartilagineux fut considéré comme une preuve de l'existence d'une périchondrite et une nouvelle tentative fut faite pour retourner à ce diagnostic déjà abandonné, à tant de reprises. Pour cette semaine et les suivantes, les rapports du Dr Wegner mentionnent fréquemment les douleurs de tête, contre lesquelles on employa, comme à San Remo, le chloral et la morphine. Huit jours plus tard, le dimanche de Pâques, je sentis, sous la canule, une

nodosité distincte et constatai une augmentation de l'induration sous-cutanée, occupant ses côtés. A gauche, cette induration se prolongeait jusque dans la fossette sus-claviculaire, tandis que, sous la partie moyenne du muscle sterno-cleido-mastoïdien, on sentait des ganglions tuméfiés. De là résultait une projection générale de la région, formant une saillie dont le sommet était occupé par le pavillon de la canule. Les granulations que l'on voyait, au moment des changements de canules, tapisser les parois du canal figuré par la plaie, se montraient, notamment à la partie supérieure de celle-ci, très irrégulières, d'un gris sale et entremêlées de dépressions anfractueuses où étaient logés des caillots ayant les dimensions de grains de chanvre, ou plus. Partout apparaissaient des points jaunes et des lambeaux dont un put être extrait avec la pince à pansement. Un accès de toux, auquel j'assistai, présenta les mêmes particularités qu'à San Remo et aboutit son rejet, en une fois, de 5 grammes environ de sanie brunâtre. Je recueillis ces produits et en pratiquai l'examen, de concert

avec le professeur Waldeyer. Comme à San Remo, nous constatâmes, dans chaque préparation, un grand nombre de globules de cancroïde. Le processus de mortification faisait des progrès manifestes.

Le 8 avril, je constatai, qu'au-dessus et sur les côtés de la canule, la peau était remplacée par des productions ayant l'aspect de bourgeons charnus, jaunâtres et rougeâtres, mesurant environ cinq millimètres de hauteur. Une partie de ces excroissances était d'un brun foncé, visiblement gangreneuse; une autre partie était infiltrée de sang. La dureté de ces productions, les fentes profondes qui les séparaient, permettaient de reconnaître nettement en elles des végétations cancéreuses, opinion que Mackenzie rejeta, en disant : « Ce n'est pas là assurément du cancer ; il s'agit simplement de granulations, comme on en observe sur toutes les plaies. » Je me déclarai sûr de mon opinion, d'autant plus que l'infiltration dure gagnait de plus en plus profondément, vers la partie inférieure du cou et que la canule était soulevée au-dessus du niveau de la

peau (devenue brunâtre et adhérente aux parties profondes), par suite de l'accroissement des masses situées au-dessous d'elle. La canule, dont Mackenzie se servait alors, se composait d'une sorte d'étui rectiligne, mesurant environ quatre centimètres de longueur, et en argent, dans lequel, à l'aide d'un fort mandrin, on insinuait la canule interne qui était de six centimètres plus longue que l'extérieure. La portion destinée à faire saillie en dehors de celle-ci était flexible et composée de petites pièces articulées, les unes sur les autres, à la façon d'une queue de homard. La canule extérieure, droite et courte, devait parvenir jusque dans la lumière de la trachée, tandis que la partie flexible et articulée de la canule interne était destinée à pendre librement, au milieu de la cavité du conduit aérien. Évidemment, on se proposait, par cette disposition, d'éviter tout contact de la canule avec la surface interne de la trachée. Je me permis de faire observer à Mackenzie, qu'en raison des progrès rapides de la tumeur, le tube extérieur, court et rectiligne, pourrait être, à un moment donné, faci-

lement repoussé hors de la plaie. J'ajoutai que le seul moyen de parer à cette éventualité était de faire usage d'une double canule recourbée, susceptible de pénétrer dans la trachée, à une profondeur suffisante. Mon avis ne fut pas pris en considération par le médecin dirigeant et responsable.

Le matin du 12 avril, je reçus la visite du garde-malade que j'avais déjà, à San-Remo, installé auprès de l'auguste patient, et il m'annonça que la dernière nuit avait été fort mauvaise, que l'on ne pouvait réussir à introduire la canule interne, et que l'Empereur respirait avec les plus grandes difficultés. Je communiquai ces renseignements à mon assistant, le Dr Bramann, et le priai de tenir tout prêt, en vue de l'éventualité de grosses difficultés dans l'introduction de la canule, ainsi que je l'avais prévu, dès le dimanche.

En fait, dès trois heures de l'après-midi, je reçus, d'un messager à cheval de la maison royale (qui, ne me trouvant pas chez moi, était venu me trouver, dans un hôtel de la ville, où

j'étais en consultation), je reçus, dis-je, la la lettre ci-jointe de Mackenzie :

« Dear professor von Bergmann, we have difficulties with the canula and I shall be glad if you will see the Emperor, with me, *as soon as possible*.

» Yours truly,

» MORELL MACKENZIE. »

« Cher professeur de Bergmann, nous avons des difficultés avec la canule, et je serai heureux si vous voulez bien voir l'Empereur, avec moi, *le plus tôt possible*.

» Votre sincèrement,

» MORELL MACKENZIE. »

Les quatre derniers mots étaient soulignés. Je me mis aussitôt en route, avec le Dr Bramann, faisant passer ma voiture par ma maison, pour prendre quelques instruments. Là, mon domestique avait été interrogé, par le téléphone (qui établissait la communication avec le palais royal) : on s'informait si l'exprès

m'avait trouvé, et l'on ajoutait que je devais me hâter. A peine étais-je parti, qu'on téléphona, de nouveau, pour s'informer si j'étais en route. Je fus reçu par le Dr Wegner, et j'appris, de sa bouche, ce qu'il avait écrit dans son journal : « La nuit a été agitée. Dans la matinée, oppression thoracique. Quand on enleva la canule, la respiration fut plus facile, et aussi, après qu'elle eut été remplacée par une autre, plus courte. *A partir d'une heure du matin, et dans le courant de la journée, dyspnée.* La canule, qui avait été mise en place, sortait, en partie, de la plaie, détail déjà observé, pendant la nuit par le veilleur Beerbaum. *La respiration était fortement compromise.* » On n'a pas dû oublier que Mackenzie, répondant aux allégations de la *Gazette de Cologne*, relatives aux événements du 12 avril, soutenait que les médecins allemands, présents à la consultation matinale de ce jour, n'avaient pas constaté, plus que lui-même, de troubles respiratoires, et étaient prêts à lui en fournir leur témoignage. Il existe bien, en effet, un témoignage écrit, une heure seule-

ment après les événements en question ; mais il ne plaide pas précisément en faveur de Mackenzie.

Aussitôt conduit auprès de Mackenzie, je le trouvai, dans l'antichambre de l'Empereur, avec un ouvrier de la maison Windler, occupé à courber un tube de plomb, dans le dessein de le faire pénétrer dans la trachée. Il se flattait de se confectionner ainsi, séance tenante, une canule convenable. Je lui montrai que j'avais précisément sur moi une des canules à éponge de Hahn, présentant exactement la courbure approuvée par lui, et j'en retirai immédiatement l'éponge. Mackenzie consentit à ce qu'on essayât de faire pénétrer ce modèle, et se hâta de se rendre, avec moi, auprès de l'Empereur. Je fus terrifié, en voyant l'Empereur assis sur une chaise et en train d'étouffer. Les joues et les lèvres étaient livides ; l'inspiration s'accompagnait d'un bruit de cornage, perceptible dans la chambre voisine ; la respiration, pénible au plus haut point, s'accompagnait d'une tension de tous les muscles, et, à travers les vêtements écartés, on dis-

tinguait nettement le tirage épigastrique.

J'eus l'impression que la mort par suffocation était affaire de quelques minutes. Je crus donc n'avoir pas de temps à perdre; et, ayant démontré à Mackenzie et aussitôt obtenu de lui l'autorisation de faire entrer mon assistant, le Dr Bramann, je procédai immédiatement à l'examen de la plaie. Tout autour de la canule, les végétations étaient devenues beaucoup plus hautes et plus larges, et commençaient à se gangrener sur une étendue variable de leurs éléments; en outre, l'infiltration dure avait tellement gagné, partout, en profondeur, que la région du cou où siégeait la canule formait, dans son ensemble, une saillie, en forme de cône tronqué. Le canal de la plaie n'était occupé que par la canule externe. Comme je demandais depuis quand la canule interne articulée n'avait pas été introduite, un domestique me répondit : « Depuis le matin, de bonne heure. » Mackenzie ajouta que des tentatives répétées avaient été faites, pour la réintroduire, mais sans succès. Tandis que, le dimanche, donc quatre jours auparavant, je

pouvais encore apercevoir la paroi postérieure de la trachée, au fond de la plaie, je ne pouvais, cette fois, rien en distinguer. De grosses excroissances, rouges et arrondies, se pressaient, de la profondeur et des parties latérales, dans le canal de la plaie, barrant complètement la route, vers l'orifice trachéal. La canule extérieure arrivait jusqu' à cet orifice, mais sans pénétrer à son intérieur. Je fis comprendre à Mackenzie combien le péril était pressant : si nous ne pouvions parvenir à introduire les canules adoptées par nous, il nous fallait écarter les lèvres de la plaie, au moyen de grosses érignes, en vue d'atteindre l'orifice de la trachée; et, si cette tentative échouait, il restait à s'ouvrir, à la partie inférieure de la plaie, une voie sanglante, à l'aide d'un bistouri boutonné. Mackenzie approuva tout, et loua tout particulièrement les longues érignes mousses que j'avais apportées. Il se plaça, de lui-même, derrière le prince, pour lui soutenir la tête, position qui ne pouvait me faire supposer aucune intention, de sa part, d'introduire la canule lui-même.

Je tentai d'introduire la canule, mais sans succès, rencontrant un obstacle insurmontable dans les végétations en question qui remplissaient la totalité du canal. Abandonnant alors la canule, je pris les érignes, et comme Bramann venait d'entrer, sur ces entrefaites, je lui confiai le soin de les maintenir et renouvelai mes tentatives d'introduire la canule; mais celle-ci continuait de ne pas pénétrer, tandis que la dyspnée de l'auguste malade prenait des proportions de plus en plus graves. Alors, ayant trempé mes mains dans une solution phéniquée qui se trouvait près de moi, dans le but de les désinfecter, je cherchai à écarter avec le doigt les fongosités qui encombraient la plaie et à me frayer ainsi une voie jusqu'à l'ouverture de la trachée, dans le dessein d'y loger une érigne. J'y parvins heureusement, et tandis que je maintenais solidement l'érigne en place, Bramann insinuait, dans la cavité de la trachée, une canule un peu moins recourbée, précisément celle dont il s'était servi pour son opération du 9 février. Aussitôt l'Empereur put respirer librement,

ce dont il nous témoigna sa joie et sa reconnaissance par un geste expressif et en nous serrant la main. A la vérité, cette manœuvre avait fait saigner la plaie, mais modérément. Une petite quantité de ce sang et des tissus détachés par mon doigt avait pénétré dans la trachée, comme la chose avait lieu constamment pour le liquide ichoreux qui s'écoulait sans cesse du larynx, mais un accès de toux en provoqua immédiatement l'expulsion. La canule une fois en place, le suintement sanguin s'arrêta spontanément, et, lorsqu'au bout d'une demi-heure je quittai la chambre du malade avec Wegner et Bramann, les crachats avaient repris leur teinte brune habituelle. L'ensemble de nos manœuvres comprenant la dilatation de la plaie et l'introduction de la canule courbe n'avait duré que quelques minutes.

Howell et Mackenzie ont fourni une version toute différente de cet incident : d'après eux, Mackenzie ne m'aurait fait appeler que par politesse ; je me serais imposé pour introduire la canule et, ne pouvant y parvenir, j'aurais eu

recours à mon assistant qui y aurait réussi, etc.

Certains journaux anglais, et, à leur suite, des journaux de Berlin, accumulèrent, à cette occasion, un monceau de calomnies contre moi, pour ce seul fait que *l'Empereur, qui étouffait avant mon arrivée, respirait de de nouveau, librement, après mon intervention.* Mon assistant et moi, ne sommes pas les seuls qui ayons trouvé l'Empereur suffocant. Le même jour, le ministre de la guerre, le général Bronsart de Schellendorff, qui voyait l'Empereur entre midi et une heure, lui trouvait l'aspect d'un homme qui ne respire que péniblement et lutte pour faire pénétrer de l'air dans sa poitrine. Deux heures plus tard, le général d'Albedyll qui remplissait une commission auprès de Sa Majesté, pensait que le malade allait asphyxier dans un accès de toux et réclamait l'assistance des médecins. La même crainte d'une crise de suffocation mortelle fut partagée par le général adjudant de Winterfeldt, qui, vers trois heures, insista auprès du médecin particulier de Sa Majesté, pour qu'il réclamât, en toute hâte, la pré-

sence du professeur de Bergmann. Tout le personnel domestique de l'Empereur fut unanime à déclarer que, depuis le matin, il avait assisté, avec la plus pénible angoisse, à la dyspnée progressive de son auguste maître. Et l'Empereur lui-même, lorsqu'il apprit que j'avais été mandé, envoya voir, dans la cour, si je n'arrivais pas enfin !

J'aime à croire que ceux qui n'ont vu, en moi, que l'homme indélicat, imposant son intervention, contre la volonté du médecin en chef et opérant alors, avec toute la maladresse et la brutalité possibles, ne resteront pas sourds à la voix de tous les témoins que je viens d'invoquer, pour établir la réalité d'un danger qui est ma justification. Ils reconnaîtront, j'espère, que ce danger, je l'ai conjuré après qu'il était resté menaçant 15 heures durant, comme en fait foi le journal incorporé dans les actes du ministère de la maison impériale. Je puis laisser à mes collègues spéciaux le soin de déterminer si le fait d'enlever mécaniquement des végétations cancéreuses doit être considéré, ainsi que le prétend Mac-

kenzie dans ses dernières communications à l'*Holländische Dagblatt* et au *Secolo*, comme un moyen de raccourcir la vie de six mois ! La chirurgie moderne pense tout autrement des méthodes de nettoyage et de curage appliquées au cancer des organes canaliformes. Elle les tient pour des opérations bienfaisantes, propres à prolonger la vie des malades.

Il est notoire que le processus ulcératif des noyaux cancéreux du larynx qui, dans ces derniers temps, avait fait des progrès rapides, avait en outre envahi la partie des végétations développées sur le tégument, au pourtour de la canule ; en effet, le soir du 12 avril que je passai, comme la nuit suivante, à Charlottenbourg, j'appris que, depuis six jours déjà, l'Empereur avait la fièvre. Tout d'abord, le vendredi, 6 avril, après que l'auguste malade avait éprouvé une sensation très accusée d'abattement et de lassitude, le journal de Wegner avait enregistré, le soir, une température de 38° 4. Ces élévations thermiques, vespérales, précédées de frissons, se répétèrent, les jours suivants et la température montait, le

dimanche 7 avril, à 38° 2, d'après les notes de Wegner. « Le pourtour de la plaie trachéale, ajoute notre collègue dans son journal, est plus fortement gonflé, rouge et sensible. Dans l'après-midi, à la suite d'une promenade en voiture, par une température de 5 degrés Réaumur, apparaissaient des frissons. Lundi, 9 avril, température, 38° 4 ; mardi, 38° 2, le matin, et 38° 6, le soir, etc.

Cependant, le matin du 13, à la suite d'une bonne nuit (la meilleure de ces dernières semaines, d'après un écrit de l'Empereur), on constatait une température de 38° 2, ce qui n'empêcha pas l'Empereur, ce même jour (où je quittais le château, à 10 heures du matin), de se rendre en voiture à Berlin, en compagnie de Mackenzie. J'avais vivement conseillé que l'on renonçât à ces sorties en voiture et que l'on se contentât de rendre compte, au moyen d'un simple bulletin, du résultat des manœuvres de changements de canule. Mais Mackenzie ne voulut pas entendre parler de bulletins, il trouvait préférable de rassurer le public, en lui permettant de voir

l'Empereur à Berlin. Cette sortie réussit mal à l'auguste patient ; le soir reparaissait un frisson, de même le samedi, 14; le dimanche, la température matinale s'élevait à 39° 4. Un bulletin encore antérieur à mon arrivée à Charlottenbourg attribuait la fièvre à une bronchite intercurrente. En raison de l'augmentation de la fièvre, de la fréquence respiratoire et de la faiblesse de l'auguste malade, on convoqua le professeur Senator, le lundi suivant. La dose d'antipyrine prescrite par lui abaissa la température du 17 à 38° 5 ; en même temps, l'expectoration était devenue plus abondante. L'une des secousses de toux provoqua, en une fois, l'expulsion de la valeur d'une grande cuillerée de liquide brunâtre mélangé de pus. J'en recueillis une partie, le lundi. Le pus ne contenait pas d'éléments anormaux, mais, dans les petits fragments brunâtres qui occupaient les pièces de pansement, je constatai invariablement des globules de cancroïde et des amas cohérents de cellules d'épithélium pavimenteux.

Ce même lundi, le professeur Leyden avait

été aussi appelé en consultation et était arrivé, le mardi, à dix heures. Ce professeur, non plus que Senator, n'avait pu constater l'existence de lésions pulmonaires. Nous conférâmes alors, conformément au désir de Mackenzie, pour rechercher les causes de l'aggravation observée. Mackenzie était d'avis qu'il avait dû se développer, en dehors de la trachée, en quelque point du médiastin, une inflammation du tissu cellulaire, apparemment en conséquence de l'introduction forcée de la canule exécutée le 12 avril et que la fièvre était une des manifestations de cette inflammation. J'objectai à cela que de petits foyers pouvaient exister, dans les poumons, sans que leur présence fût facile à mettre en évidence; mais je regardais leur existence comme des plus vraisemblables, car, depuis des mois que le cancer laryngé était entré dans la période de mortification, les produits de décomposition ne cessaient de s'écouler dans l'arbre bronchique; de même, il me semblait que la fétidité si grande de l'air expiré, de même que la fréquence respiratoire qui atteignait le chiffre 44

et enfin le hoquet qui existait, depuis le samedi précédent, d'une façon presque ininterrompue, devaient confirmer le soupçon d'une bronchite putride. L'augmentation d'abondance de l'expectoration impliquait simplement, à mes yeux, les progrès et l'extension du travail de mortification ulcéreuse du néoplasme. Le professeur Senator se prononça dans le même sens. Le mardi, 17 avril, la fièvre avait quelque peu diminué et, presque immédiatement après, une grande quantité de pus avait été expectorée. Cette circonstance confirma de nouveau Mackenzie dans son opinion arrêtée, qu'il s'agissait d'un gros abcès développé dans le tissu cellulaire péritrachéal, qui venait de faire irruption dans le conduit aérien. Le *British med. Journal* donna une description de cet abcès, et il n'éprouvait aucun embarras pour en expliquer l'étiologie, quand il disait, dans son numéro 1426 du 28 avril :

« Il est nettement établi par nos informations puisées aux sources les plus autorisées, qu'une fausse route a été faite, lors de l'introduction de la canule (du 12 avril), ainsi que

l'établit l'écoulement de sang qui accompagna cette manœuvre. Nous pouvons tirer de là la preuve, que la responsabilité du fait n'atteint pas les médecins anglais. »

Sur ces entrefaites, la *Kœlnische Zeitung*, la *National* et la *Neue preussische Zeitung* avaient reconnu, dans leur relation de l'incident du 12 avril, que j'avais eu quelque mérite à débarrasser l'Empereur d'une menace de suffocation qui était devenue promptement le sujet des commentaires les plus variés dans la capitale. C'est à la suite de cette émotion publique que Mackenzie et Howell avaient publié, dans les journaux dont nous avons parlé plus haut, des déclarations non seulement offensantes pour moi, mais interprétant, de la façon la plus odieuse, la part que j'avais prise au traitement de l'Empereur. Le même ton agressif se notait, à propos de ce même incident du 12 avril, dans de nombreux journaux anglais, prétendant obtenir leurs informations des deux médecins anglais de sa Majesté. (Compar. le *Sunday Times* du 29 avril de cette année.) Voyant, dans ces faits, un

procédé incorrect de Mackenzie à mon égard, je profitai d'une nouvelle consultation à laquelle je fus invité à prendre part, au moment où, la fièvre étant tombée, une amélioration s'était produite dans l'état général, pour remettre, à mon collègue anglais, une lettre qu'il livra plus tard à la publicité. Je lui disais, dans cette lettre, que ses déclarations parues, dans les journaux cités plus haut, m'auraient décidé à exiger de lui qu'il cessât toute relation et tout entretien avec moi, en dehors des nécessités de nos conférences médicales. Mais, en face de ce fait unique, dans l'histoire des consultations médicales, que, sur deux médecins simultanément appelés au lit du même malade, l'un se permettait d'outrager l'autre publiquement, dans les journaux politiques, j'étais décidé à faire un pas de plus, par la raison que les attaques de mon collègue étaient parties du château de Charlottenburg, c'est-à-dire de l'antichambre de l'Empereur. Je priai donc Sa Majesté l'Impératrice de daigner me délier de mes fonctions de médecin conseiller de Sir Morell Mackenzie. Je fus rem-

placé, le 30 avril, par le professeur Bardeleben.

Ma retraite elle-même a été présentée par Mackenzie sous le jour le plus défavorable pour moi, dans son entretien bien connu avec le correspondant de la *Pall-Mall-Gazette* (15 mai 1888). Je n'ai pas besoin de réfuter les allégations de Mackenzie, parlant du « peu de cas que l'on faisait de moi à la cour. » Je voudrais simplement faire remarquer que cette dernière tentative de mettre à l'écart et d'accabler de tous les reproches imaginables les médecins allemands qui l'avaient, jadis, unanimement appelé à Berlin, ne faisait que s'ajouter à une série de manœuvres semblables.

A travers toute cette lamentable histoire de la maladie de l'Empereur Frédéric supportant tout, avec patience et résignation, on retrouve, à chaque pas, ces tentatives de Sir Morell Mackenzie, d'attribuer toute aggravation survenue dans l'état de l'auguste malade, non à son évolution normale et fatalement progressive, mais à une faute d'un de ses collègues. C'est Gerhardt, d'abord, qui a transformé, par

ses cautérisations, une tumeur originairement inoffensive, en une tumeur maligne ; et, lorsqu'en novembre et en février, je propose d'appeler ce collègue, avec Schrœtter et à la place de Kussmaul, on me répond qu'il est impossible de faire venir l'homme sur qui retombe la responsabilité de la tournure fâcheuse prise par la maladie ! Plus tard, c'est Bramann, par sa mauvaise incision, c'est Schrader, par sa maladresse, à changer la canule, c'est moi-même, par le choix d'une canule défectueuse, qui sommes cause de l'hémoptysie et de l'érosion de la trachée ! Enfin, c'était l'introduction forcée de la canule, exécutée par moi, le 12 avril, qui rendait compte de l'évolution funeste prise par la maladie (depuis le 6 avril !), puisqu'elle avait provoqué la formation d'un gros abcès « en forme de bouteille » dans le médiastin !

Pourtant l'autopsie montra la muqueuse trachéale, au point de contact avec l'extrémité inférieure de notre canule, lisse, sans cicatrice et sans aucune trace d'irritation et, quant au tissu cellulaire disposé autour de

la même région de la trachée, il présentait, suivant les paroles propres dictées par l'anatomo-pathologiste, pendant l'autopsie, « un aspect normal. » C'est ce qui ressort purement et simplement, du passage correspondant du protocole de l'autopsie. Sans tenir comte de l'allongement que l'on avait forcément fait subir, en les déployant, aux parois anfractueuses de la grande caverne qui remplaçait le larynx et la partie supérieure de la trachée, ce dernier conduit, d'après le rapport de Bardeleben, n'avait été envahi par la fonte gangréneuse, liée au développement du cancer, que sur une hauteur de 2 cent. 1/4. Or, toutes nos canules, même les plus courtes, descendaient dans la trachée à 4 ou 5 centimètres au moins de profondeur. Donc les tissus, en contact avec elles, étaient demeurés intacts ; mais à partir du moment où je constatai, pour la première fois (le 25 mars), l'envahissement, par le cancer, de la région occupée par la canule, celle-ci ne parvenait, dans la portion saine de la trachée qu'après avoir cheminé au milieu de végétations cancéreuses en voie de mortification.

En face de toutes les accusations lancées contre nous, mes collègues dont les rapports figurent ici avec le mien et moi-même, nous avions gardé le silence. Cependant, lorsque le *British medical journal*, dans son numéro 1426 du 28 avril, prétendit que *mon silence était la preuve de ma culpabilité*, je fis, à la séance du 2 mai 1888 de la Société médicale de Berlin, la déclaration suivante, devant ceux de mes collègues qui m'avaient choisi pour être un de leurs présidents : Si le *British Medical Journal* n'était une feuille dont j'estime hautement la valeur scientifique, je pourrais continuer de garder le silence, vis à vis de sa dernière conclusion ; mais je me vois forcé de protester contre elle en disant que mon attitude m'a été dictée non par le sentiment de ma culpabilité, mais par le principe cher aux médecins honorables, tant anglais qu'allemands, de ne pas livrer à la publicité ce qui se passe au chevet de leurs malades. » *Je n'ai aucune raison de rien retrancher de cette déclaration*, bien qu'elle ait été le sujet d'un véritable déchaînement de colères contre moi.

Mackenzie, en particulier, cherche, dans le n°1428 du *British Medical Journal* et dans d'autres journaux, à présenter les choses d'une façon défavorable pour moi, quand il soutient que je l'ai attaqué, en me cachant sous l'anonymat, et qu'il n'en veut d'autre preuve que mes relations intimes avec MM. Fischer et Lowe, correspondants des deux grands journaux allemands et anglais, la *Gazette de Cologne* et le *Times*. Je n'ai pas eu, jusqu'ici, l'honneur de connaître intimement ces messieurs. Pour ce qui est de M. Fischer, j'avais eu, seulement une fois, l'occasion de le voir à un dîner, chez un de mes collègues, en novembre 1887, circonstance dans laquelle mon aimable hôte me présenta, outre ce docteur, beaucoup d'autres personnes encore. Quant à M. Lowe, il me rendit visite, à l'époque de sa polémique avec Mackenzie, huit jours après la déclaration forcée de ce dernier aux journaux allemands, c'est-à-dire après que je m'étais retiré du conseil médical de Sa Majesté. Il venait me prier de lui laisser voir la lettre que Mackenzie m'avait écrite, le 12 avril. Je n'hé-

sitai aucunement à la lui montrer, pas plus à lui qu'à bien des collègues de mes amis qui m'interrogeaient, à ce sujet ; mais, en même temps, je priai M. Lowe de ne pas insister davantage dans ses questions, mon désir étant de ne fournir à la presse aucun renseignement sur ces faits. MM. Fischer et Lowe sont prêts à se porter garants de l'exactitude de mes assertions. Déjà la *Kœlnische*, la *Neue Preussische* et la *National zeitung* ont établi, par les déclarations précises et détaillées parues dans leurs colonnes, *qu'à aucune époque, je n'ai été ni directement, ni indirectement en relation avec elles*. Ou bien il faut admettre que les rédacteurs de ces journaux ont menti sciemment, et que les témoignages de MM. Fischer et Lowe sont également faux, ou bien il faut se décider à reléguer dans le domaine de la fable l'histoire des « attaques anonymes » forgée par Mackenzie et sa suite de journaux pour excuser ses publications et ses sorties contre moi. Il n'est pas un reporter qui puisse se vanter d'avoir recueilli une syllabe, de notre bouche, à l'époque où Gerhardt,

Bramann et moi-même nous étions admis à donner à l'auguste malade, nos soins et nos avis. Aucun interviewer n'a jamais été en mesure de publier le résultat d'un seul entretien avec nous, tandis que les relevés officiels ont établi la liste de quatorze correspondants, munis de cartes, au moyen desquelles ils étaient journellement admis, au château de Charlottenburg, en présence de Mackenzie, et que des journaux anglais, allemands et américains publiaient, presque chaque semaine, de longues colonnes remplies par les « interviews » de leurs correspondants.

L'accalmie apparente de la maladie de Sa Majesté ne fut pas de longue durée. Les exacerbations fébriles du soir ne cessaient plus maintenant. Cette période prit d'abord l'allure d'une hecticité lentement consomptive, puis la terminaison se produisit rapidement après que se fut déclarée la pneumonie, par aspiration de produits septiques. Cette phrase ultime fait l'objet du rapport du Dr Bardeleben.

RAPPORT DU PROFESSEUR BARDELEBEN

Le lundi 30 avril 1888, je vis, pour la première fois, S. M. l'Empereur Frédéric, dans le château de Charlottenbourg, conformément à l'ordre reçu, le soir précédent.

Le pavillon de la double canule installée dans la trachée était à moitié entouré par une demi couronne de végétations fongueuses qui me parurent être cancéreuses. Le bord inférieur du pavillon coupait ces fongosités. Lorsque j'eus fait remarquer ce détail à Sir Morell, il me promit de se procurer, pour le jour suivant, une canule qui répondît à la disposition désirée par moi.

A la consultation suivante, tenue avec les

autres médecins, je posai la question, *s'il se trouvait, parmi nous, un médecin qui ne considérât pas la maladie de Sa Majesté comme cancéreuse*, et j'invitai ceux qui étaient opposés à ce diagnostic à vouloir bien se faire connaître. Personne ne prit la parole, en sorte que je pus manifestement constater que nous étions unanimes sur la question du diagnostic.

Le mardi 1er mai, à neuf heures du matin, Sir Morell retira la double canule et, à cette occasion, il s'échappa par la fistule trachéale, dans un accès de toux, des détritus fétides et environ cinquante grammes de pus infect. La canule entraîna, avec elle, un morceau de cartilage mesurant environ 1 centim. de long et un peu plus d'un millim. d'épaisseur et de largeur. La nouvelle canule dont le pavillon présentait la disposition que j'avais recommandée la veille et dont le bord ne coupait pas les fongosités, fut introduite par Sir Morell sans difficultés. Le trajet de la plaie, aussi loin qu'on peut le voir, est rempli de végétations rouges et lisses qui paraissent posséder une consis-

tance plus ferme que celles qui entourent l'orifice extérieur.

On ne pouvait déterminer la provenance du pus. Dans tous les cas, le trajet même où reposait la canule n'avait pas de dimensions suffisantes pour loger et produire une telle masse de pus.

En palpant le cou, je trouvai la région laryngée, non gonflée et moins ferme que sur un organe sain. En revanche, le pourtour de l'orifice fistuleux présentait une consistance très ferme. On ne découvrait pas, au cou, de ganglions engorgés; seulement, à gauche et en bas, contre la clavicule, on sentait une place dure, difficile à délimiter, grosse environ comme une noisette, mais ne formant pas de saillie visible. Je dus me hâter, pour cette exploration, les autres médecins m'ayant averti que ce genre d'examen était particulièrement désagréable à Sa Majesté.

Le mercredi, 2 mai, je trouvai la canule bien placée, le pavillon n'exerçant pas de pression par son bord, sur les végétations. Une grande quantité de pus avait été de nouveau

expectorée par la canule. L'Empereur a accusé quelques douleurs, en avalant. La température prise, sous la langue, n'est pas en harmonie avec la fréquence du pouls. Tandis que la première se serait montrée normale, ou à peu près, les pulsations dépassent le chiffre cent, chiffre qui excède de beaucoup l'état normal, chez un malade de la stature de l'Empereur, ne faisant pas de mouvements.

Le vendredi, 4 mai, à 9 heures du matin, nous apprîmes, à la consultation, que la nuit avait été bonne. En fait, la mine de Sa Majesté était meilleure, mais l'expectoration purulente restait toujours abondante.

Dimanche, 6 mai, 9 heures du matin. Continuation de l'expectoration purulente, abondante et fétide. La décoction de Condurango administrée jusqu'ici n'a pas eu d'effet remarquable. Cette préparation est remplacée par une décoction de quinine.

Lundi, 7 mai. Persistance du rejet du pus.

Mercredi, 9 mai. Au moment du changement, facile d'ailleurs, de la canule, on constate que les fongosités, qui entouraient la

fistule, ont totalement disparu et que le bord de la plaie est net et coupant. La peau environnante n'est pas même rouge.

Vendredi, 11 mai. Diminution mais persistance de la fétidité du pus.

Lundi, 14 mai. Amélioration manifeste de l'état général. Un peu moins de fréquence du pouls, mais Sa Majesté éprouve des sensations désagréables dans la gorge ; du reste la luette est gonflée. Je ne vois pourtant pas de raison pour admettre l'envahissement de l'œsophage redouté par Mackenzie ; en tous cas, pas de raisons non plus de supposer que l'extrémité inférieure de notre canule exerce une pression sur la paroi postérieure de la trachée.

Mercredi, 16 mai. Amélioration de l'état général.

Vendredi, 18 mai. Pas de modification essentielle. Persistance de la fétidité de l'expectoration.

Samedi, 19 mai. Le changement de canule s'effectue sans difficultés. Les fongosités du cou recommencent à pulluler, avec une grande

exubérance. Je conseille de les saupoudrer avec du nitrate de bismuth.

Lundi, 21 mai. Etat général moins bon. Les granulations saupoudrées de nitrate de bismuth ont noirci, ce qui démontre qu'elles sont en contact avec des liquides et des gaz de putréfaction.

Mercredi, 23 mai. Même état, d'une façon générale.

Vendredi, 25 mai. Les excroissances autour de l'orifice de la fistule, notamment dans la partie inférieure, s'élèvent plus fortement sur une tuméfaction facilement reconnaissable.

Samedi, 26 mai. Je suis appelé à Charlottenburg, pour changer la canule. Le changement s'effectue facilement, s'accompagnant du rejet d'une grande quantité de pus fétide.

Lundi, 28 mai. Les végétations font des progrès, mais paraissent vouloir s'exfolier superficiellement, sous l'influence du bismuth.

Mercredi, 30 mai. A peu près le même aspect, au pourtour de la fistule. Aucun symptôme d'envahissement de l'œsophage. Ecoule-

ment fétide toujours abondant. Appétit toujours faible. Les températures vespérales étaient, en général, ces jours derniers, élevées d'un degré au-dessus du chiffre normal.

Vendredi, 1er juin. Dernière consultation à Charlottenburg. Pas de changements essentiels. Dans tous les cas, l'état général n'est pas plus mauvais. Fongosités plus fortes, à l'orifice de la fistule. La fistule elle-même paraît élargie.

Dimanche, 3 juin. Première consultation, au château de Friedrichskron. Le déplacement du malade n'a pas occasionné l'aggravation que l'on redoutait ; pourtant, les fongosités se sont multipliées et ont grossi, à l'ouverture fistuleuse ; mais le traitement par le bismuth les a rendues moins sensibles. J'engage à continuer énergiquement ces insufflations.

Mercredi, 6 juin. Continuation de l'écoulement abondant et fétide et des élévations fébriles vespérales.

Vendredi, 8 juin. On apprend que, la nuit dernière, du lait s'est écoulé, par la fistule,

pendant que le malade buvait, et on en conclut à une perforation de la paroi œsophagienne. Je fais remarquer que, dans le cas où cette complication se serait produite, de plus grandes quantités de liquide auraient, suivant toute vraisemblance, immédiatement pénétré dans les voies aériennes et qu'il est plus naturel de supposer que, si la perforation en question s'est réellement produite, elle doit siéger à la hauteur du larynx, ou au niveau de l'union du larynx et de la trachée. J'ajoute que la canule est si mobile, qu'elle ne peut exercer aucune pression sur la paroi postérieure de la trachée. L'opinion générale est que le siège de la perforation, si elle existe, doit correspondre à la hauteur du larynx, mais que l'écoulement du lait par la fistule peut s'expliquer fort bien aussi par la pénétration de ce liquide dans l'orifice supérieur du larynx, modifié par la néoplasie dans sa forme et son fonctionnement.

On décide d'introduire une canule à tampon de Trendelenburg, modifiée.

Samedi, 9 juin. Mandé à Friedrichskron,

dans la soirée, je n'éprouve pas de difficulté à introduire ni à insuffler la canule à tampon. Fongosités, dans le voisinage de la fistule, transformées en masses noirâtres, sèches mais fétides. Beaucoup se sont détachées sans écoulement de sang :

Dimanche, 10 juin. La déglutition est gênée par la canule qui n'empêche pas l'issue, par la fistule, du lait ni d'un jaune d'œuf. Si donc il existe une perforation, elle ne saurait siéger qu'au dessus de la canule. Les forces déclinent, la fièvre augmente.

Lundi, 11 juin. Bien que le malade puisse encore ingérer une assez grande quantité de nourriture liquide qui n'est expulsée par la fistule qu'en quantité minime, les forces décroissent à vue d'œil, le pouls et la respiration deviennent de plus en plus fréquents. (La respiration monte à 44.)

Mardi, 12 juin. Dans la matinée, évacuation de pus fétide par la fistule. Une grande partie du lait ingéré s'échappant par la plaie, on décide de procéder à l'alimentation artificielle, au moyen d'une sonde flexible introduite

dans l'œsophage ; à cet effet, je reçois l'ordre de revenir, le soir, à Friedrichskron, pour y passer la nuit. On introduit par la sonde, à midi, un demi-litre, et, le soir, un litre de lait et de crème.

Pouls, le soir, 116 ; température 39° 5 ; respiration, 24 seulement.

Mercredi, 13 juin. On injecte, de bonne heure, un litre de lait avec de la crème. Température matinale, 38° ; respiration, 24 ; mais, le soir, la respiration monte à 60, le pouls, à 130 et les téguments prennent une teinte cyanosée. En outre, l'injection de lait, dans la soirée, est suivie de vomissements. Les forces continuent de décliner. Je passe de nouveau la nuit à Friedrichskron.

Jeudi, 14 juin. La fétidité des masses expulsées hors de la fistule a progressivement augmenté. L'affaiblissement va toujours s'accentuant, malgré les injections réitérées de lait.

Le matin, pouls 140 ; respiration, 48, le matin, 80 à midi ; le soir, 140.

Déjà, dans le courant de la matinée, M. le ministre de la justice m'ayant demandé

quand on devait, suivant toute vraisemblance, s'attendre à la mort; j'avais répondu que la vie ne pourrait guère se prolonger au-delà de vingt-quatre heures. Je fis la même réponse, un peu plus tard, à S. A. le Prince Impérial et à S. E. le Prince de Bismarck qui m'avaient consulté à ce sujet.

Je passe, de nouveau, la nuit à Friedrichskron.

Vendredi 15 juin. Après plusieurs pertes de connaissance passagères, la mort survient, à la suite d'un affaiblissement progressif et sans agonie proprement dite, à 11 heures 12 minutes.

A 5 heures et demie, après que le Dr Wegner eut reconnu, de nouveau, les signes non douteux de la réalité de la mort, le Dr Hartmann et M. Wickersheimer, assistés du Dr de Wegner et de moi-même, procédèrent à l'embaumement du corps, en se servant du liquide préparé par M. Wickersheimer. Ce liquide fut injecté en quantité suffisante, et sans difficulté, par les grosses artères du cou.

La plaie trachéale, largement ouverte, après l'extinction de la canule, ne présentait, sur ses bords, qu'un petit nombre de tubérosités dures, de faibles dimensions. Les fongosités mentionnées antérieurement s'étaient détachées.

On réussit facilement à détacher une grande masse de granulations mortifiées, occupant la cavité très élargie et à parois friables du larynx, et à éponger cette cavité avec des tampons d'ouate. Cette cavité fut ensuite bourrée avec des couches alternatives d'ouate et d'azotate de bismuth. A la suite de ces manipulations, l'odeur pénétrante dégagée par la plaie avait complétement disparu. On ferma, par des points de suture, la plaie trachéale, ainsi que les plaies faites pour dénuder les artères du cou.

A la demande de Sa Majesté Impériale et Royale, Guillaume II, MM. Morell Mackenzie et T. Mark Howell avaient été, déjà avant l'au-

topsie, invités à se prononcer sur la nature de la maladie de feu l'Empereur. Ensuite de quoi, ils remirent l'acte suivant :

« Schloss Friedrichskron, june 16, 1888.

« It is my opinion that the disease from which the Emperor Friedrich III died was cancer. The morbid process probably commenced in the deeper tissues, and the cartilaginous structure of the larynx bécame affected at a very early date. A small growth which was present when I first examined the late Emperor was removed by me by several intra laryngeal operations and though all the portions taken away were submitted to professor Virchow he was unable be detect in them any evidence of the existence of cancer. Examinations of the sputa made at the beginning of March by professor Waldeyer, however, led that pathologist to believe that cancer was then present. Whether the disease was originally cancerous or assumed a malignat character some months after its first appearance it is impossible to state. The fact that perichondritis and caries

of the cartilages played an active and important part in the development of the disease no doubt largely contributed to make it impossible to form a decided opinion as to its nature till quite recently.

» MORELL MACKENZIE. »

» In so far as my observations since last August permit me to form an opinion. I concur entire with Sir Morell Mackenzie 's view.

» T. MARK HOWELL. »

« Château de Friedrichskron, 16 juin 1888.

« Je pense que la maladie à laquelle a succombé l'Empereur Frédéric III était un cancer. Le mal débuta probablement dans les tissus profonds, affectant les éléments cartilagineux, à une époque très précoce. Une petite excroissance qui existait, la première fois que j'examinai feu l'Empereur, fut extirpée par moi dans une série d'opérations intra-laryngéales et, bien que tous les fragments enlevés aient été soumis au professeur Virchow, il lui fut

impossible d'y découvrir aucune preuve de l'existence d'un cancer. En revanche, des examens de crachats pratiqués, au commencement de mars, par le professeur Waldeyer, portèrent ce pathologiste à croire qu'on était en présence d'un cancer. Le mal était-il primitivement cancéreux ou prit-il les caractères de la malignité quelques mois après son apparition? c'est ce qu'il est impossible d'établir. Le rôle actif et important joué par les cartilages dans le développement de la maladie contribua, sans doute, largement à rendre impossible, jusqu'à ces derniers temps, de se faire une opinion nette de sa nature.

« MORELL MACKENZIE. »

« 16 juin 1888.

» Autant que mes observations, datant du mois d'août dernier, m'autorisent à émettre un avis, j'adhère pleinement à celui de sir Morell Mackenzie. »

PROTOCOLE MÉDICAL

RELATIF AUX RÉSULTATS DE L'AUTOPSIE DU CORPS DE SA MAJESTÉ FEU L'EMPEREUR ET ROI FRÉDÉRIC III

Château de Friedrichskron, le 16 juin 1888.

Au cou, une plaie longue de 6 centimètres et demi, rectiligne, fermée par des points de suture, présentant des bords desséchés, sur le côté droit desquels on trouve une tuméfaction pâle, mesurant 2 centimètres de hauteur, 1, 5 de largeur et 0, 5 d'épaisseur. L'intérieur de la plaie est occupé par une grande quantité de ouate et de bismuth, après l'extraction de laquelle apparaît une cavité mesurant 5 centimètres de profondeur, à peu près

autant de longueur et dont les bords s'écartent, après l'enlèvement des fils de suture, en laissant, entre eux, un intervalle de 2 centimètres 1/2. D'ailleurs, ces bords sont assez durs, un peu mamelonnés et assez fortement tendus. — On commence par pratiquer, au devant de la ligne médiane du sternum, une incision que l'on prolonge (en intéressant seulement la peau), en haut et à droite, en passant près de la plaie trachéale, pour aboutir à la plaie pratiquée pour l'injection dans la carotide. La nodosité mentionnée plus haut, se trouvant sectionnée, présente un tissu assez résistant, faiblement rougeâtre et plutôt blanchâtre, à sa partie inférieure. On en retire, par le raclage, un suc blanchâtre. La nodosité occupe le derme et, partiellement aussi, le tissu sous-cutané mais laisse, en revanche, les muscles sous-jacents complètement libres.

L'incision est ensuite prolongée, de la même façon, à gauche. De ce côté aussi, les muscles se montrent normaux; cependant, ils sont comme gonflés à la partie supérieure. Immédiatement au devant du larynx, apparaît une

tuméfaction plus forte que de l'autre côté, dont les parties profondes sont également infiltrées d'un suc semblable à de la moelle. En procédant à l'ouverture du thorax, on constate une ossification prononcée de la première côte gauche. Le thorax ouvert, on voit les poumons, d'une teinte gris pâle, remplir presque complètement la cavité pleurale, recouvrant le cœur.

Du côté gauche, on voit de nombreuses petites saillies sous lesquelles on peut sentir des noyaux durs et que recouvrent des couches lâches de tissu conjonctif; en un point seulement, au voisinage du bord antérieur, une saillie lobulaire, assez nettement limitée, à surface mate et inégale. En soulevant le poumon gauche, on constate qu'il est remarquablement libre d'adhérences, en arrière, aussi bien qu'en bas et en haut, et qu'il est aéré partout, sauf aux limites extrêmes de son lobe inférieur au voisinage du diaphragme.

Très faible degré d'hypostase ; les régions non aérées de la base contiennent des bronches élargies, entourées de traînées hémor-

rhagiques. Sur des coupes pratiquées au niveau du même lobe, on observe un assez grand nombre de foyers dont la plupart présentent, à leur périphérie, une forte infiltration hémorrhagique, à surface granuleuse, tandis que le centre est occupé par des groupes de petits nodules d'un jaune pâle. Sur quelques points, les foyers ont les dimensions d'un pois et leur contenu a l'aspect purulent; d'autres ont conservé une consistance ferme. Dans le lobe supérieur se trouvent disséminés des foyers semblables, très pâles, dont un grand nombre se composent de petites plaies jaunâtres. Dans le foyer sus-mentionné, au niveau du bord antérieur, on découvre des bronches assez fortement dilatées, bouchées intérieurement par des masses épaisses, décolorées, et, à leur pourtour, une induration scléreuse. En ouvrant les bronches, dans les parties inférieures du poumon, on voit qu'elles sont partout dilatées; leur parois sont épaissies, et leur cavité, tapissée par une muqueuse plissée en long, présente un contenu friable et décoloré.

A droite, constatations tout-à-fait semblables. Sommet libre et aéré; en revanche, dans la portion postérieure et inférieure, même état d'hépatisation, avec petits foyers disséminés et extasies bronchiques.

Cavité pleurale vide.

Pour enlever le larynx, on passe le couteau entre la colonne vertébrale et l'œsophage.

Dans le médiastin antérieur, tissu adipeux assez abondant, ganglions légèrement rouges ; à part cela, pas de modifications à signaler.

Le larynx et l'œsophage sont enlevés ensemble et liés inférieurement. Sur le côté gauche du cou, tout contre la jugulaire, un ganglion gros à peu près, comme un œuf de pigeon, offrant à son intérieur un aspect médullaire , avec des places jaunâtres. L'œsophage étant ouvert, on remarque, immédiatement derrière le cartilage cricoïde, un dépôt de membranes brunâtres et blanchâtres; mais, ces membranes écartées, on ne découvre aucune trace de perforation. L'épiglotte présente de grandes dimensions, mais elle est lisse et ses bords sont normaux.

Ligaments ary-épiglottiques, notamment à gauche, quelque peu gonflés, œdémateux, sans ulcération.

La logette postérieure, interaryténoïdienne, est un peu déprimée, mais également sans ulcérations. A la base de l'épiglotte, siège, à gauche, un noyau gros comme une cerise, à coupe médullaire, et, tout à côté, un autre aplati et, plus en dehors, d'autres encore plus petits (plus jeunes). Sur le reste de l'organe s'observe une surface étendue, mesurant une longueur de 9 centimètres, partout recouverte de lambeaux mortifiés. Son bord inférieur correspond à la trachée. De cette limite jusqu'au cartilage thyroïde, on ne voit plus trace de cartilages ; sur la portion envahie de la trachée, les autres tissus ne peuvent pas davantage être retrouvés.

Du cartilage thyroïde lui-même on ne distingue plus que l'extrémité supérieure des parties latérales, avec les apophyses, ou grandes cornes.

Un intervalle de 2 centimètres 1/4 sépare l'extrémité inférieure de la plaie trachéale du

bord inférieur de l'ulcération (cancéreuse). Ce bord est assez tranchant ; il coupe transversalement la muqueuse et présente, inférieurement, de petites granulations grises, recouvrant une surface d'environ 1/2 centimètre. Plus bas, on retrouve la muqueuse normale, sur les cerceaux encore conservés. Dans le tissu qui entoure la portion non envahie de la trachée, pas d'apparence de tissu cicatriciel; aspect normal, au contraire.

Telles furent les constatations relevées à l'autopsie. Celle-ci terminée, le corps fut soigneusement refermé.

Les modifications macroscopiques observées furent résumées par MM. Waldeyer et Virchow, dans les termes suivants :

Destruction cancéreuse du larynx, avec envahissement secondaire d'un assez gros ganglion occupant la partie inférieure gauche du cou et noyau cutané, à droite, contre la plaie. Œsophage intact. Mortification destructive de l'extrémité supérieure de la trachée et des tissus environnants. Nombreuses ectasies bronchiques, avec contenu

putride. A leur voisinage, foyers broncho-pneumoniques ayant abouti à la fonte purulente et gangreneuse.

Suivent les signatures :

Comte Stolbert-Wernigerode, Morell Mackenzie, T. Mark Howell, Von Wegner, Bardeleben, Leuthold, Von Bergmann, Virchow, Waldeyer, Bramann.

RAPPORT

DES

PROFESSEURS VIRCHOW ET WALDEYER

SUR L'EXAMEN MICROSCOPIQUE DE QUELQUES PIÈCES PROVENANT DU CORPS DE FEU L'EMPEREUR FRÉDÉRIC

1° La nodosité assez grosse, située à l'insertion de l'épiglotte, présentait une muqueuse à épithélium cylindrique remarquablement intacte; dans la profondeur, au contraire, disposition alvéolaire à contenu épidermoïde.

2° Le nodule entouré, situé à droite de la plaie cervicale, est recouvert d'un épiderme très aminci, mais, à part cela, intact. La néoplasie cancéreuse s'étend presque jusqu'à la

surface. Sa force d'expansion s'est principalement exercée dans les parties profondes, où l'on observe, par places, des nids ou glomérules caractéristiques, avec cellules disposées concentriquement. Entre les masses cancéreuses, on distingue encore quelques éléments normaux conservés, des glandes sudoripares, par exemple.

3° Le ganglion lymphatique du côté gauche du cou est altéré au plus haut degré. La structure normale a disparu pour faire place à un tissu alvéolaire, à larges mailles, dont les cavités sont remplies par des cellules épidermoïdes, à gros noyaux, dont quelques-uns présentent un mince bord frangé.

4° Le contenu des bronches répond d'une façon précise à la description donnée, le 19 mai dernier, par le soussigné professeur Virchow, des grumeaux recueillis dans l'expectoration. On a constaté, en outre, en certains points, d'assez fortes accumulations de corpuscules gras, brillants, semblables à ceux du lait.

5° Dans les foyers pulmonaires se mon-

traient des groupements considérables de leucocytes, mais pas de cellules cancéreuses. La disposition alvéolaire normale y apparaissait distinctement.

Suivent les signatures :

RUDOLPH VIRCHOW,
WILHELM WALDEYER.

Tout commentaire est superflu.

TABLE DES MATIÈRES

ÉMILE COLIN. — IMPRIMERIE DE LAGNY

ÉMILE COLIN — IMPRIMERIE DE LAGNY